1932 N. 5

IL POLICLINICO

PERIODICO DI MEDICINA, CHIRURGIA ED IGIENE

FONDATO DAI PROFESSORI

GUIDO BACCELLI FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

Volume XXXIX - Anno 1932

ROMA

N. 14 — Via Sistina — N. 14

1932

..llaboratori effettivi della Sezione Pratica per il 1932.

..sandri prof. Roberto - Roma.
..lessandrini prof. Paolo - Roma.
Amalfitano dott. Gabriele - Roma.
Amantea prof. Giuseppe - Roma.
Andreucci dott. Michele - Roma.
Antonelli prof. Giovanni - Roma.
Antonucci prof. Cesare - Roma.
Aquilanti dott. Giuseppe Repubblica di S. Marino.
Ascarelli dott. Adriano - Roma.
Ascoli prof. Alberto - Milano.
Babini dott. Giorgio - Scansano.
Baggio prof. Gino - Cagliari.
Ballati dott. Giuseppe - Caltanissetta.
Bani dott. Ugo - Roma.
Bard dott. Leopold - Buenos Ayres.
Benedetti Valentini dott. Fabio - Roma.
Benini dott. Piero - S. Gimignano.
Benso dott. Francesco - Torino.
Bernardini dott. Anacleto - Monte Romano.
Bertarelli prof. Ernesto - Pavia.
Bianchedi dott. Manlio - Montecosaro.
Boncinelli dott. Umberto - Roma.
Borruso dott. Gaetano - Roma.
Botto-Micca dott. Augusto - Tarquinia.
Brizio dott. Gian Vincenzo - Ivrea.
Brugi prof. Antonio - Desio.
Bufano dott. Michele - Genova.
Calabrese dott. Salvatore - Genova.
Camplani dott. Mario - Bergamo.
Cannavò dott. Letterio - Palermo.
Cantoni dott. Oscar - Milano.
Capaldo dott. Luigi - Sarsina.
Capua dott. Antonio - Roma.
Carboni dott. Antonio - Anticoli Corrado.
Carducci prof. Agostino - Roma.
Carucci prof. Vittorio - Spezia.
Castellani prof. Aldo - Roma.
Catterina dott. Attilio - Genova-Bolzaneto.
Caucci prof. Alberto - Ancona.
Chiariello dott. Alfonso Giovanni - Napoli.
Chiasserini prof. Angelo - Roma.
Chini prof. Virgilio - Roma.
Ciceri dott. Corso - Venezia.
Ciminata prof. Antonino - Monza.
Colucci dott. Carlo - Tivoli.
Confalonieri dott. Dario - Molina di Ledro.
Conte dott. Giannino - San Bellino.
Copetti dott. Luigi - Udine.
Cornia dott. Italo - Modena.
Corona dott. Franco - Palermo.
Cortella dott. Emilio - Novi Piemonte.
Costanzi dott. Carlo - Roma.
Cova prof. Ercole - Palermo.
D'Amico dott. Mario - Roma.
D'Avak prof. Alfredo - Roma.
De Bernardi dott. Luigi - Gorgonzola.
De Bonis prof. V. - Napoli.
Delfini dott. Corrado - Reggio Emilia.
Della Valle prof. Luigi - Genova.
De Nigris Marella dott. Francesco
De Simone dott. Giuseppe - Monza.
Dragotti dott. Giuseppe - Roma.
Egidi prof. Guido - Roma.
Emiliani dott. Piero - Forlì.
Faberi prof. Mario - Roma.
Fabri dott. Giuseppe - Roma.
Faelli dott. Carlo - Genova.
Falcioni dott. Domenico - Roma.
Fasella dott. Felice - Roma.
Ferrero dott. Luigi - Novara.
Ferretti prof. Tito - Roma.
Fici prof. Vincenzo - Palermo.
Filippini dott. Azeglio - Roma.
Fiorini dott. Ennio - Tregnano.
Franchetti dott. Augusto - Roma.
Frigimelica dott. Carlo - Belluno.
Frugoni prof. Cesare - Roma.
Gabrielli dott. Sestilio - Venezia.
Gallo dott. Rosario - Militello Rosmarino.
Garofalo dott. Francesco - Bologna.
Gasbarrini prof. Antonio - Padova.
Ghiron prof. Vittorio - Roma.
Giacobbe dott. Corradino - Roma.
Giorgetti dott. Elio - Scansano.
Giunta dott. Giuseppe - Roma.
Giunti dott. Giulio - Cagliari.
Gobbi dott. prof. Luigi - Modena.
Grasso dott. Rosario - Roma.
Graziani dott. Francesco - Zara.
Griseri dott. Vittorio - Firenze.
Guerricchio dott. Antonio - Matera.
Helman dott. Lazar - Galatz (Romania).
Ilvento prof. Arcangelo - Roma.
Introzzi prof. Paolo - Pavia.
Jacarelli dott. Enrico - Macerata.
Jacono dott.ssa Giuseppina - Catania.
Jona prof. Giuseppe - Venezia.
Jovino dott. Ferdinando - Napoli.
La Cava dott. Giuseppe - Roma.
Lazzaro dott. Giuseppe - Roma.
Leonelli dott. Ugo - Lettomanoppello.
Leti dott. Francesco - Roma.
Liverani dott. Ettore - Roma.
Locatelli dott. Garibaldi - Sedico.
Longo dott. Antonino - Catania.
Lucangeli prof. Gian Luca - Roma.
Lucherini prof. Tommaso - Roma.
Maccari dott. Ferdinando - Siena.
Maltese Le Roy dott. Carmelo - Padova.
Manai prof. Andrea - Sassari.
Manca dott. Serafino - Roma.
Mancioli dott. Mario - Roma.
Mannini dott. Romanello - Firenze.
Maragliano prof. Edoardo - Genova.
Margreth prof. Giovanni - Modena.
Margottini dott. Mario - Roma.
Mariotti prof. Ettore - Napoli.
Marta dott. Felice - Milano.
Mazzei dott. Tommaso - Serrastretta.
Medea prof. Eugenio - Milano.
Melli prof. Guido - Roma.
Mingazzini prof. Ermanno - Roma.
Missiroli prof. Alberto - Roma.
Molon prof. Carlo - Venezia.
Mondolfo prof. Emanuele - Cesena.
Monteleone prof. Remo - Roma.
Montesano prof. Vincenzo - Roma.
Moretti dott. Agostino - Cesena.
Moschella dott. Enrico - Bologna.
Mucci dott. Adolfo - Riolunato.
Muzzarelli dott. Giuseppe - Bologna.
Nassi dott. E. - Lucca.
Nazari prof. Alessio - Roma.
Niccolini prof. Pietro - Firenze.
Omodei-Zorini prof. Attilio - Roma.
Paltrinieri dott. Guglielmo - Castiglione delle Stiviere.
Panagia dott. Antonino - Roma.
Pecori prof. Giuseppe - Roma.
Penso dott. Giuseppe - Roma.
Pergola prof. Mazzini - Roma.
Piazza dott. Manlio - Roma.
Picardi dott. Giovanni - Roma.
Picchi prof. Luigi - Firenze.
Pieri prof. Gino - Belluno.
Pighini prof. Giacomo - Reggio Emilia.
Pisani prof. Domenico - Roma.
Pontano prof. Tommaso - Roma.
Porta dott. Virginio - Roma.
Pozzi dott. Arnaldo - Roma.
Preti prof. Luigi - Parma.
Pupini dott. Guido - Bologna.
Quattrocchi dott. Aldo - Pesaro.
Reitano prof. Ugo - Roma.
Roberto dott. Silvestro - Roma.
Rolland dott. Domenico - La Spezia.
Romanin dott. Vittorio - Trieste.
Ronzini dott. Mario - Bari.
Rossi dott. Carlo - Palermo.
Santoro prof. Angelo - Roma.
Satullo dott. Rosario - Roma.
Scandurra dott. Salvatore - Roma.
Scaturro dott. Alberto - Sciacca.
Scavo dott. Emanuele - Roma.
Scotti dott. G. A. - Firenze.
Selvaggi avv. Giovanni - Roma.
Serafini dott. Giulio - Roma.
Silvestri prof. Torindo - Modena.
Solaro dott. G. - Milano.
Solieri prof. Sante - Forlì.
Solito dott. Mario - Castion di Zoppola.
Sorge dott. Giuseppe - Catania.
Spolverini prof. Luigi - Roma.
Stipa dott. Franco - Roma.
Taddei prof. Domenico - Pisa.
Tattoni dott. Armando - Teramo.
Tiberio dott. Leonardo - Casalbordino.
Tirelli dott. Severino - Ascoli Piceno.
Tizianello dott. Giuseppe - Mirano Veneto.
Tonelli dott. Lanfranco - Roma.
Torchiana dott. Fabio - Finale nell'Emilia.
Toscano dott. Carmelo - Roma.
Trepiccioni dott. Emanuele - Bologna.
Tripodi dott. Mario - Roma.
Valdoni prof. Pietro - Roma.
Vanelli dott. Agostino - Caronno Milanese.
Velicogna dott. Alberto - Torino.
Verney dott. Lorenzo - Roma.
Vernoni prof. Guido - Roma.
Villa dott. Luigi - Pavia.
Villata prof. Giov. Batt. - Torino.
Vitali prof. Fabio - Venezia.
Viziano dott. Angelo - Torino.
Winternitz dott. Leopoldo - Trieste.
Zingale dott. Michele - Firenze.

INDICE GENERALE

VOLUME XXXIX - 1932

Indice per rubrica

PROLUSIONI.

LEZIONI CLINICHE.

LAVORI ORIGINALI.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

RESOCONTI STATISTICO-CLINICI.

DALLA PRATICA CORRENTE.

APPARECCHI E STRUMENTI NUOVI. TECNICA.

EPIDEMIOLOGIA — IGIENE. MEDICINA SOCIALE.

MEDICINA INFORTUNISTICA.

RIVISTE SINTETICHE. QUESTIONI D'ATTUALITA'.

RUBRICA DELL'UFFICIALE SANITARIO.

DISCUSSIONI E COMMENTI.
RIVENDICAZIONI.

STORIA DELLA MEDICINA.

BIOGRAFIE.

ACCADEMIE, SOCIETÀ, CONGRESSI.

SUNTI E RASSEGNE; APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO; SERVIZI IGIENICO-SANITARI; POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA; CRONACA DEL MOVIMENTO PROFESSIONALE: vedi Indice delle Materie.

CONCORSI; NOMINE; PROMOZIONI E ONORIFICENZE; CORRISPONDENZE; NOTIZIE DIVERSE; vedi alla fine dei singoli fascicoli.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

NOTIZIE BIBLIOGRAFICHE (*).

(*) Per comodità degli studiosi riportiamo l'elenco dei libri recensiti.

Indice alfabetico delle Materie

A

B

C

D

N

T

Indice alfabetico degli autori.

G

H

Affinchè i lettori possano apprezzare l'importanza dei contributi originali che vengono accolti nella Sezione Medica (periodicità mensile) **del "POLICLINICO", riportiamo l'Indice alfabetico dei contributi stessi pubblicati nel Volume XXXIX (1932):**

MEMORIE ORIGINALI.

RIVISTE SINTETICHE E CRITICHE.

Affinchè i lettori possano apprezzare l'importanza dei contributi originali che vengono accolti nella Sezione Chirurgica (periodicità mensile) **del "POLICLINICO", riportiamo l'Indice alfabetico dei contributi stessi pubblicati nel Volume XXXIX (1932):**

MEMORIE ORIGINALI.

RIVISTE SINTETICHE.

Abbonamento annuo alla SEZIONE CHIRURGICA: Italia L. 50 - Estero L. 60

☛ Assumendone l'abbonamento insieme alla Sezione Pratica, l'importo complessivo è di **L. 100** per l'Italia e di **L. 150** per l'Estero.

A. Pozzi, resp.

C. Frugoni, Red. capo.

Roma, Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XXXIX Roma, 4 Gennaio 1932 - X Num. 1

"IL POLICLINICO,,

fondato nel 1893 dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI
Clinico Medico di Roma

Per l'anno 1932.

Ai Medici Italiani,

"**IL POLICLINICO**,, *ha troppa robustezza costituzionale, troppa armonia fra le sue tre sezioni, - delle quali la medica e la chirurgica sono veri archivi della produzione scientifica italiana e la pratica è la fedele espressione settimanale del pensiero e della realizzazione nel campo della medicina pratica - ha troppe profonde radici, e troppo provato consenso, per mutar forma ed indirizzo.*

Le sue tre parti aggiornano e informano il pubblico medico in modo completo, ne considerano le varie esigenze scientifiche, pratiche, mediche e chirurgiche.

La struttura e il piano di lavoro quindi nella loro compagine generale non muteranno, ma miglioreranno.

Per le sezioni medica e chirurgica saranno fatti spesso numeri doppi onde non ritardare lavori legati a questioni del momento; e questa promessa, agli Autori, di più pronta pubblicazione, consentirà maggiore afflusso e maggiore selezione, onde saremo in grado di pubblicare di più, più presto e meglio.

La sezione pratica sarà curata con particolare amore con lezioni cliniche e con riviste sintetiche a visione pratica, con riferimento immediato a quelli che sono i problemi clinici che il medico giornalmente vive nell'attrito con la pratica, e le sue esigenze, le sue incognite, le sue difficoltà e le sue responsabilità. Tutto sarà fatto per migliorare e corrispondere alle esigenze dell'ora.

Il ritmo serrato della vita non consente divagazioni ma richiede anche nel medico arricchimento del patrimonio di idee e di cultura con mezzi rapidi, precisi e coordinati allo scopo.

"**IL POLICLINICO**,, *non segue dottrine, non è schiavo di indirizzi di scuole, è aperto a tutte le tendenze e a tutti gli Autori purchè trattino questioni di scienza e di pratica con fini onesti e con limpida fede onde cooperare per la sua parte allo sforzo che il governo nazionale compie per la cultura e la sanità della nazione.*

Ogni nostro sforzo sarà rivolto al preciso obbietto di lavorare per migliorare e progredire e sempre meglio corrispondere alla simpatia e al consenso che dalla classe medica italiana ci sono sempre venuti e che sono il nostro orgoglio e la nostra forza.

LA REDAZIONE

SOMMARIO.

LEZIONI.

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA GENERALE DELLA R. UNIVERSITÀ DI PADOVA
Direttore: Prof. CESARE FRUGONI.

Ascesso polmonare tifico con perforazione nel cavo pleurico e pio-pneumotorace consensuale (1).

LEZIONE CLINICA raccolta dal prof. V. CHINI

Presento una donna di 55 anni, coniugata, casalinga. Nulla di notevole desumiamo dall'anamnesi familiare e dalla anamnesi personale fisiologica.

Mestruò a 15 anni, ebbe quattro gravidanze portate a termine e allattò tutti i suoi bambini: due anni prima dell'ultima gravidanza fu operata di ovariectomia sinistra e l'atto operativo pare sia stato lungo e indaginoso; ma nient'altro di preciso su di ciò sappiamo.

A 26 anni soffrì di breve malattia caratterizzata da dolore all'emitorace sinistro, accentuantesi coi movimenti respiratori, accompagnato da tosse secca: il medico non fece diagnosi: dalla malata sappiamo che, avuto applicato un vescicante appunto all'emitorace sinistro, dopo una settimana circa lasciò il letto guarita. A 40 anni presentò una forma a localizzazione prevalentemente respiratoria con febbricola, tosse, e un po' di espettorato; tenne il letto per otto giorni, poi riprese le sue occupazioni ma rimasero per circa un anno un po' di tosse e di catarro, non di continuo, ma a periodi di 15-20 giorni alternati ad altrettanti di relativo benessere. La tosse era prevalentemente notturna e alla mattina, con scarso espettorato mucoso mai emorragico, mai a boccate. Il medico fece allora diagnosi di « bronchite trascurata », (particolare terminologia spesso usata non a ragione, ma adoperata dai pratici per indicare vagamente forme non precisate anatomo-clinicamente, ma di sospettata natura specifica tubercolare).

Quale sia stata l'entità di questa forma noi non sappiamo; e nemmeno siamo sicuri della sua sospettata natura; certo è invece che da allora la nostra malata è sempre stata bene e ciò quindi per circa 15 anni.

La malattia attuale ebbe inizio cinque mesi or sono ed è singolare sia per il suo modo

(1) Lezione tenuta nell'anno 1930-31.

d'insorgere e manifestarsi, sia, e più, per il suo decorso che è stato invero particolarissimo.

Il passaggio dallo stato di benessere allo stato di malattia non fu brusco, bensì subdolo, senza manifestazioni nè sensazioni particolari. L'ammalata riferisce che crede di aver avuto a lungo febbre, e a poco per volta cominciò ad accusare astenia, anoressia, qualche colpo di tosse secca, mai però dolori al torace, nè catarro, qualche dolore invece agli arti, senso di peso all'epigastrio, qualche conato di vomito, qualche dolore vago all'addome. Questi ultimi fatti nel mal definito complesso di sintomi che la malata riferisce di aver avuto, avevano forse qualche nota che li faceva particolarmente risaltare, poichè per essi fu dal medico giudicato trattarsi di forma, con definizione vaga, addominale. Solo tre volte fu misurata la temperatura e constatata una febbricola modesta (37,5-37,8-37-6).

Curata in via sintomatica senza giovamento, pur essendo aumentati malessere e stanchezza, la malata continuò tuttavia ad espletare le sue abituali faccende di donna di casa. La sera era però stanca, a volte quasi affranta, sì che doveva coricarsi prestissimo, nè il mattino successivo poteva dirsi riposata. E così continuò per due mesi; ma intanto la temperatura andava crescendo e così pure il senso di imbarazzo gastrico e la generale stanchezza ed astenia, sì che il medico visitatala una seconda volta, la inviava con diagnosi generica di malattia addominale alla Clinica Chirurgica. Entrata, le fu constatata una temperatura altamente febbrile di tipo quasi continuo (39,2-39,7) senza brividi e senza altre particolari sensazioni. Considerata come un'ammalata del tubo digerente venne sottoposta a sistematici esami delle vie e delle funzioni digestive (esami radiologici dell'apparato digerente e delle vie biliari, ecc.). Ma tutto fu da questo lato negativo, mentre una radioscopia toracica mostrava a sorpresa del radiologo « un opacamento basilare sinistro » a seguito di che la paziente veniva passata nella nostra Clinica.

E fu qui accolta con alte temperature, e all'emitorace sinistro venne constatata tutta una serie di reperti semeiotici che meglio più avanti specificheremo. L'ammalata ebbe tosse secca e stizzosa per due giorni; indi cominciò ad emettere un espettorato che da allora ha presentato gli stessi caratteri di quello che ora vi presento e che vedete: muco-purulento, bruno-rossastro con schiuma in alto e deposito grigio-bruno sporco e che sedimentato si suddivide in tre strati: in alto vescicolare, bolloso salivare, in mezzo sieroso, ematico, in basso purulento. Aveva sapore dolciastro, ma non era fetido.

Coll'insorgere dell'emissione dell'espettorato, la temperatura diminuì rapidamente e in pochi giorni si ebbe completa apiressia. L'emissione dell'espettorato, però continuò con particolare modalità mattina e sera: nel senso che quando l'ammalata decombe sul fianco destro, emette nel brevissimo tempo di 5-10 minuti circa 50-60 e anche più cmc. di materiale, non tutto in una sol volta, ma con molte piccole boccate: mentre mettendosi sul fianco sinistro tosse ed escreato lentamente cessano.

Sostanzialmente se ragioniamo sui fatti e non sugli schemi, avevamo vera e propria vomica, considerando la quantità di espettorato emesso, il breve tempo di emissione e le cause del fenomeno come più innanzi vedremo. Liberandosi così due volte al dì dal suo catarro mattina e sera, poteva la paziente con l'andar del tempo decombere indifferentemente su ambo i lati e stava bene per il resto della giornata, mentre da principio il decubito sul fianco destro provocava tosse e un po' di espettorazione. Riacquistò in breve buona parte del suo peso (il dimagramento era stato assai notevole: circa 15 Kg.), riprese l'appetito, nè più accusò dolori di sorta.

Per l'esame obiettivo dobbiamo fare distinzione fra due periodi: quello attuale e quello di pochi giorni fa.

Voi vedete una donna in condizioni generali scadenti e scadute; giace in tutti i decubiti, è di costituzione lungilinea, emersa ancor meglio dopo il dimagramento. Ha polso regolare, ritmico, 80 al minuto, normoteso. Il sistema linfatico è normale anche a carico delle linfoghiandole del cavo ascellare; solo in uno degli spazi intercostali di sinistra si nota una ghiandolina indolente. Esaminando il capo notiamo solo qualche rantolino orale crepitante del Galvagni.

Nulla al cuore e ai grossi vasi.

Visceroptosi generale all'addome, anche in conseguenza delle gravidanze e dell'attuale dimagramento; nulla agli arti. L'obbiettività è dunque tutta negativa fuorchè all'apparato respiratorio, e qui sarà bene per la ricostruzione dei fatti distinguere stato attuale e stato invece quale fu da noi trovato all'entrata, tenendo presente che alcune note sono variate e altre sono invece rimaste inalterate da una settimana ad oggi, e che molti reperti sono andati modificandosi di giorno in giorno, da un esame all'altro per così dire, cui sottopenevamo l'ammalata, come senza eccessivamente dilungarmi in dettagli potete facilmente comprendere guardando le radiografie che presento e che fra poco vi illustrerò. All'ispezione posteriormente si notava e si nota l'emitorace sinistro più depresso, che si espande meno e che presenta qualche rientramento intercostale alla base; lo stesso si nota anche anteriormente. Il tipo di respiro è prevalentemente addominale. Con la palpazione non si mettono in evidenza punti dolenti.

Giorni fa il fremito vocale tattile era au-

mentato alla parte media dell'emitorace sinistro e diminuito in basso; ora è aumentato in alto, presente all'ascella, diminuito posteriormente da metà altezza sino alla base.

Alla percussione notavamo iperfonesi timpanica alla parte superiore sinistra anteriormente; normale il suono di percussione alla regione ascellare; presente allora e adesso, la risonanza normale allo spazio semilunare di Traube. Posteriormente avevamo ipofonesi da due dita sotto la spina della scapola in giù, però presso la colonna si provocava alla percussione tipico suono timpanico; ascoltando dinanzi alla bocca aperta della malata mentre un altro percuoteva su detta zona, si avvertiva risonanza timpanico-metallica. All'ascoltazione udivasi soffio anforo-metallico e colla tosse comparivano rantoli bollari a tipo gorgogliante e a risonanza timpanica, segni cioè tutti questi evidentemente significativi di una escavazione parenchimale con fatti circostanti di addensamento.

Oggi anteriormente nulla è cambiato: posteriormente invece abbiamo: in alto ipofonesi di discreto grado alla regione apicale, che va poco a poco diminuendo sulla interscapolo-vertebrale fino all'angolo della scapola ove assume eco timpanica; dall'angolo della scapola in giù fino alla base, ottusità resistente delimitata in alto da una linea orizzontale spostabile.

La colonna vertebrale è libera; non vi è triangolo paravertebrale opposto di Grocco.

Fino a ieri si ascoltava un respiro aspro alla regione sopra e sottospinata e sotto i colpi di tosse era presente qualche rumore raro fine, secco. Scendendo in basso il respiro si fa scarso, indeterminato; e poco sopra il limite superiore dell'ottusità si ascoltano dei rantoli bollari a medie e piccole bolle, non però costantemente, sonori, con timbro metallico, che si modificano sotto i colpi di tosse e che ascoltati nelle diverse ore della giornata si modificano a seconda della quantità di espettorato emessa. Più in basso ancora nella zona ottusa non si avverte più respiro, ma compare leggero soffio non a tipo tubarico, e accenno ad egofonia. In nessun punto segno di Trousseau, nè segno di Pitres; non c'è eco tracheo-orale; non succussione ippocratica.

Relativamente alle comuni ricerche collaterali, poco ho da dire; nulla di particolare all'esame delle urine; pressione arteriosa 70 mn, 120 mx; all'esame del sangue, di notevole la presenza di 11.500 globuli bianchi, di cui 69 % granulociti neutrofili; la cutireazione alla tubercolina è risultata negativa. L'espettorato dal punto di vista macroscopico è quale avete veduto e cioè rossastro, ematico, filante, e si dispone in tre strati; dal punto di vista microscopico, presenta molti globuli bianchi in disfacimento, molti germi banali della comune flora delle vie respiratorie; non bacilli di Koch; non uncini di echinococco; non fibre elastiche. La puntura esplorativa ha dato due giorni fa un liquido perfettamente uguale all'espettorato; oggi la puntura non ha dato esito a liquido.

Reperti interessanti abbiamo invece ottenuto dalle indagini radiologiche.

Le radiografie eseguite in serie quasi giornalmente mostrano: una prima radiografia (eseguita in Clinica Chirurgica): tutto l'emitorace sinistro retratto; l'apice sinistro opacato; alcune ombre sottoclaveari; opacità alla base polmonare di sinistra, non del tipo da versamento; diverse ombre opache da calcificazioni; nulla all'emitorace destro.

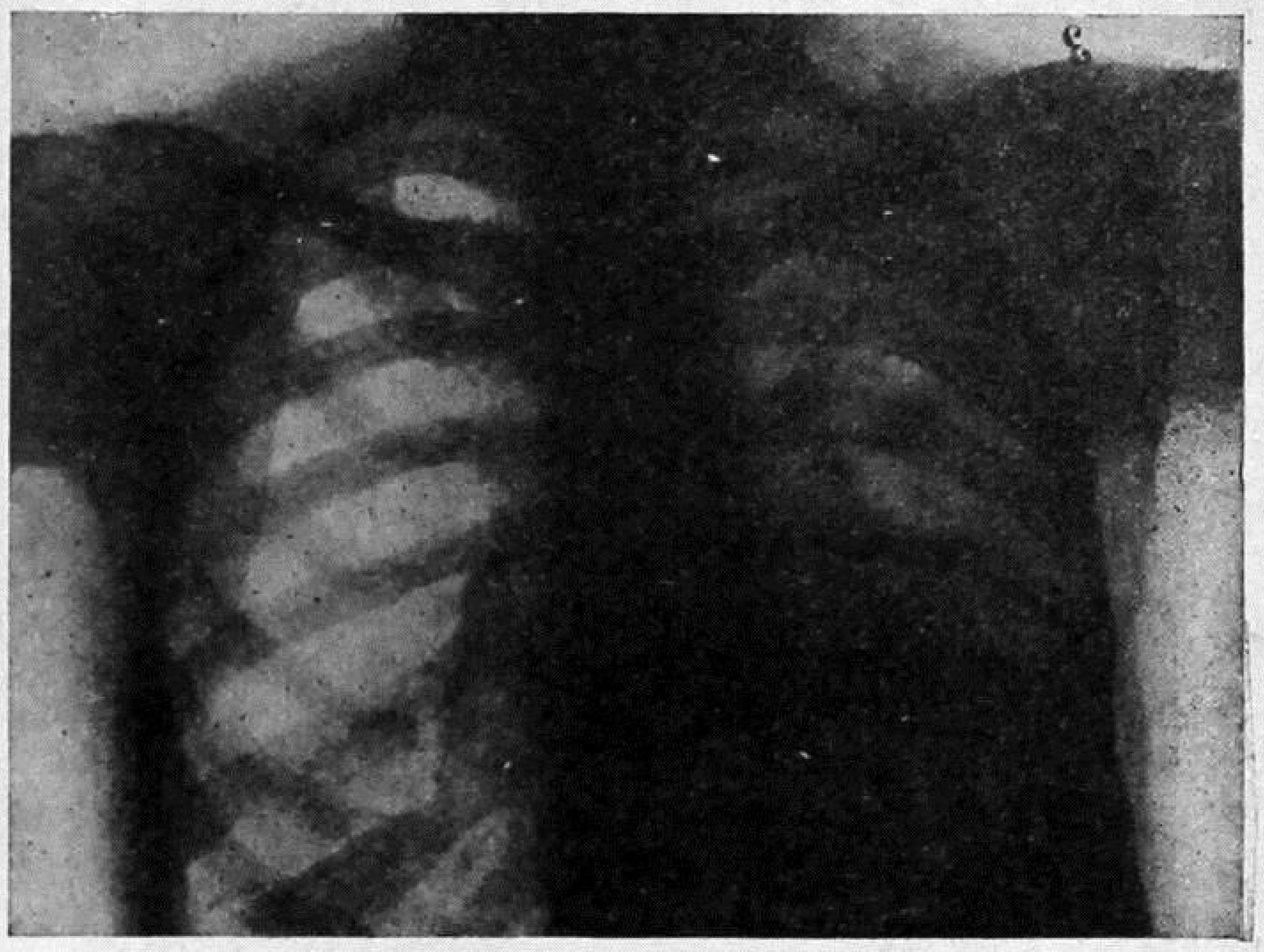


FIG. 1.

In una seconda radiografia, eseguita dopo iniziata l'espettorazione: a destra nulla. A sinistra la base polmonare è più opaca di prima; a metà torace, una vasta imagine cavitaria nella quale scopicamente si vedeva un livello mobile idro-aereo (fig. 1).

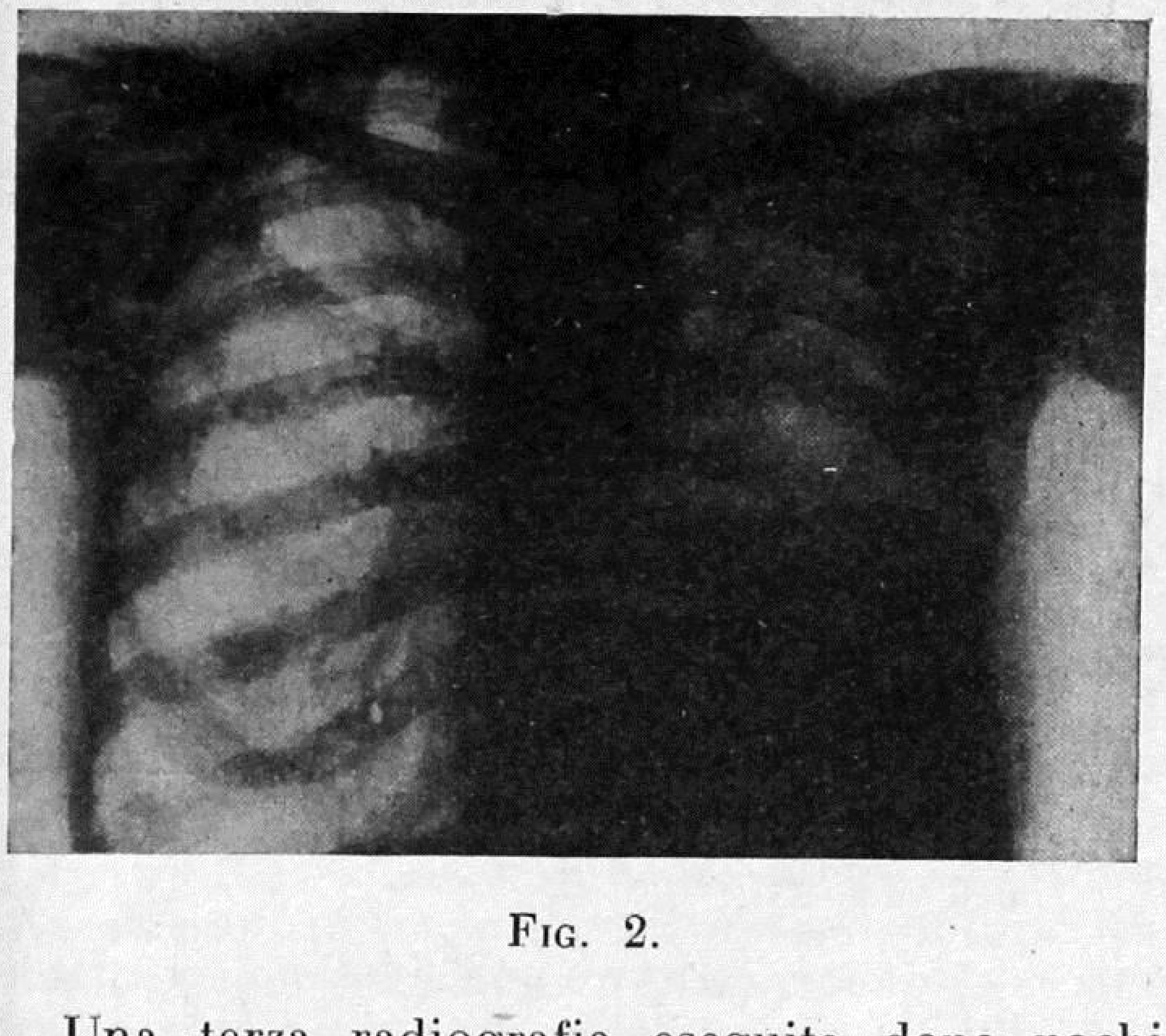


FIG. 2.

Una terza radiografia eseguita dopo pochi giorni, quando i segni cavitari venivano mascherati dal sovrapporsi di altri fatti a carico della pleura e che qui vediamo ben documentati, ci lascia vedere un livello perfet-

tamente orizzontale (anzichè secondo la classica linea del Demoiseau dei versamenti pleurici), oscillante alla scopia, per presenza di liquido, scarso, in basso, e di una piccola bolla d'aria sovrastante: siamo in presenza cioè di un idro- o meglio, dato il risultato della puntura esplorativa, di un pio-pneumotorace (fig. 2). In una successiva radiografia fatta a malata sdraiata sul fianco destro

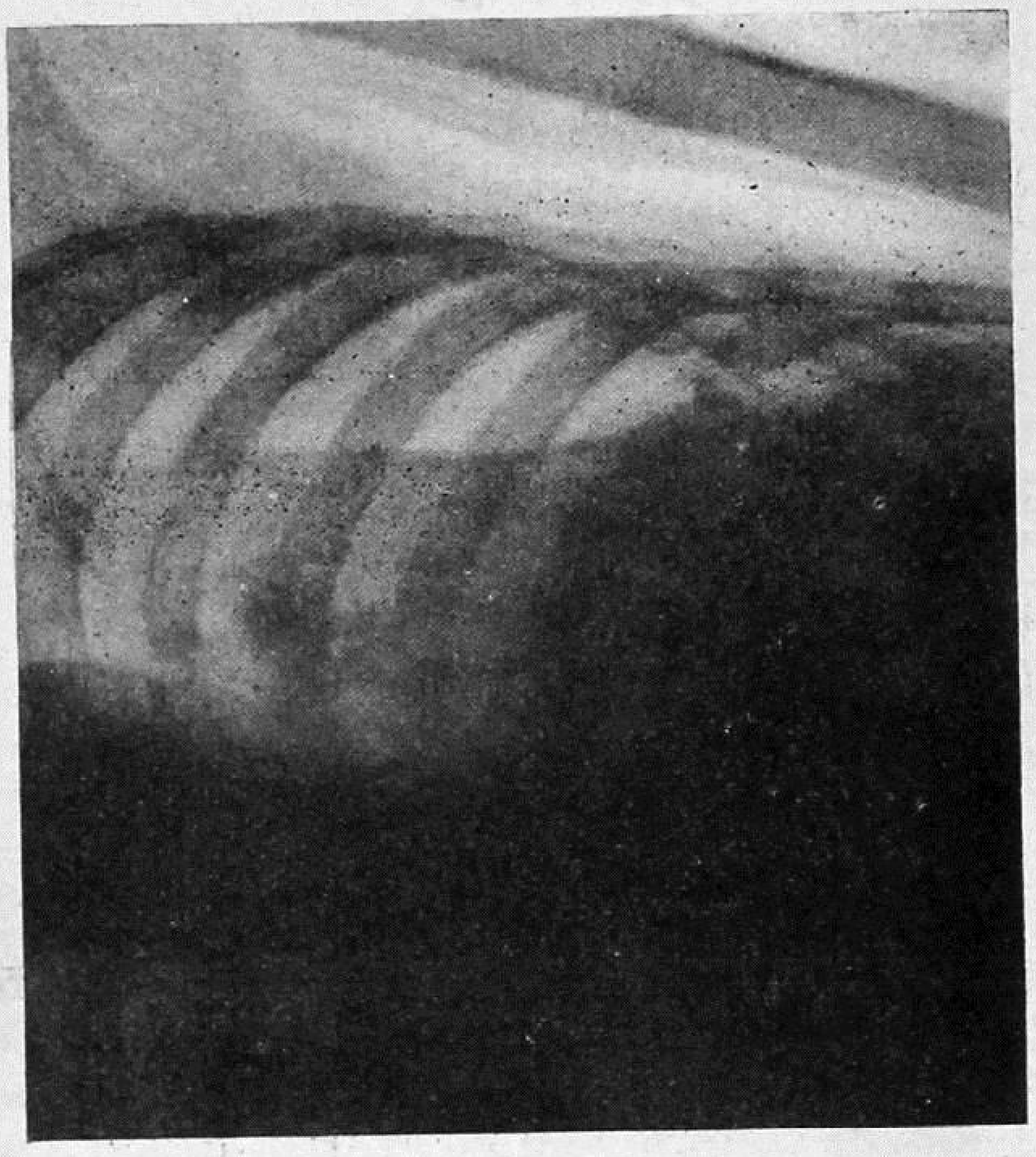


FIG. 3.

(fig. 3), il liquido risulta spostato e, essendo scarso, e su questo punto ritorneremo, permette di vedere completamente l'ombra della base polmonare ed alcuni noduli calcificati. Questi noduli potevano anche ad un primo



FIG. 4.

momento far pensare all'esistenza di bronchioliti, il che invece successivamente venne, per una serie di dati che ora non sto a ricordare perchè più che altro di spettanza specialistica, dal nostro radiologo fondatamente escluso.

Il polmone risultò adeso anteriormente alla parete e staccato invece posteriormente dalla bolla d'aria.

Credemmo opportuno ricorrere ad una broncografia che fu eseguita col lipiodol, e le radiografie relative mostrano dati interessanti: anzitutto essendo aumentato nel frattempo il livello del liquido pleurico, la base è un po' mascherata (fig. 4); in posizione su-

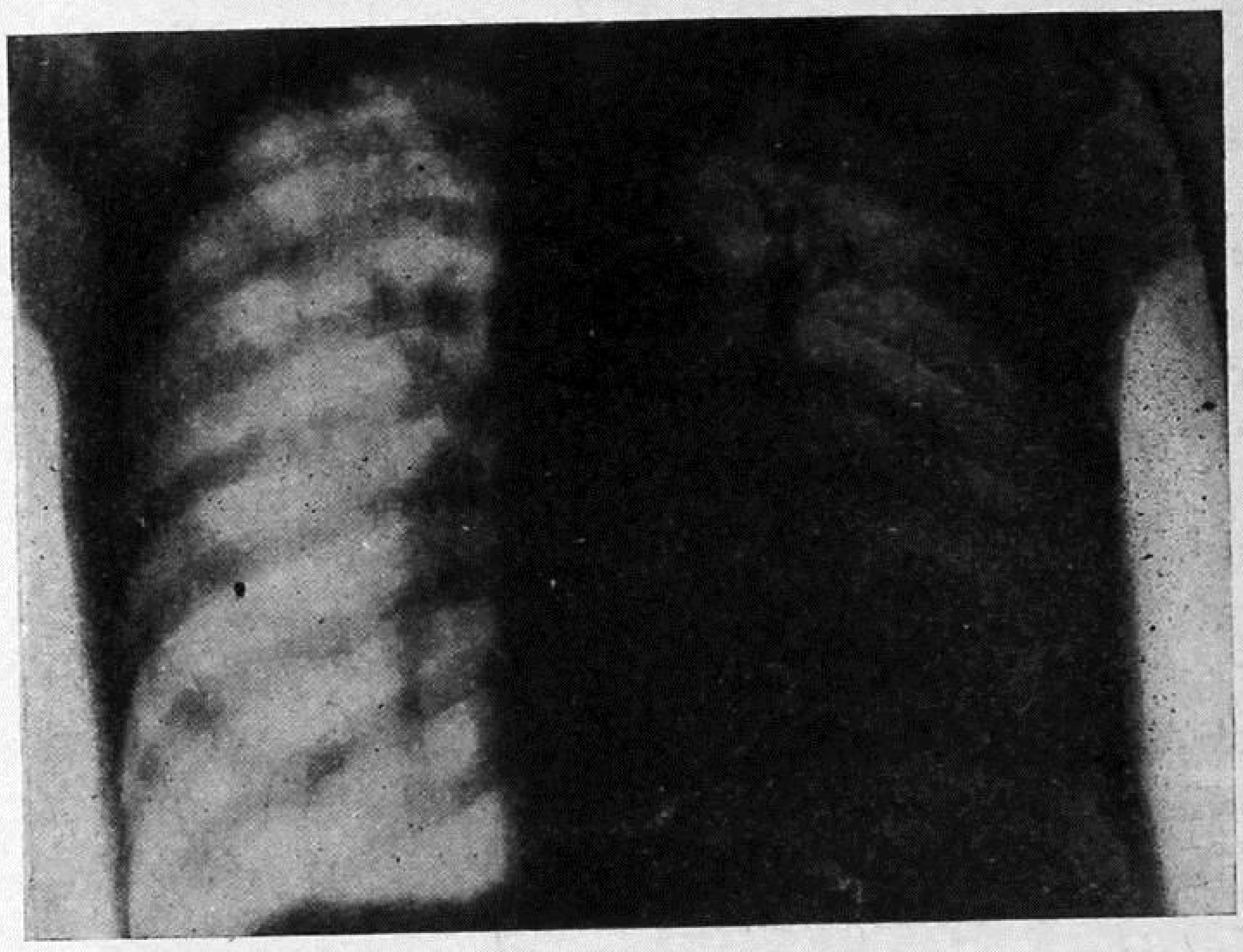


FIG. 5.

pina (fig. 5) si vede il bronco superiore iniettato di lipiodol, il quale più in basso in luogo di raccogliersi in una cavità, si è disseminato.

***

Tali nel loro insieme sinteticamente esposti i fatti che noi dobbiamo interpretare, collegare, definire; al quale scopo crediamo opportuno suddividerli in altrettanti periodi secondo cui essi si sono successivamente svolti e a noi successivamente apparsi: perchè è chiaro che fondamentalmente su tre ordini di fatti noi siamo chiamati a giudicare; e sono:

1) quell'insieme di segni radiologicamente e clinicamente osservati alla base polmonare sinistra e che con grande probabilità costituiscono la prima appariscente localizzazione a livello respiratorio di un processo morboso che più avanti dovremo più specificamente definire;

2) i segni sicuramente dimostrati di una escavazione presente nel polmone;

3) i segni di versamento e di raccolta aerea nel cavo pleurico col loro singolare decorso.

Se così suddivisa la complessa, mutevole obiettività della nostra malata, permette con una certa facilità l'interpretazione semiologica e la diagnostica sintomatica dei singoli quadri morbosi, tutt'altro che facile invece ci si presenta l'interpretazione complessiva esatta di tutti questi fatti considerati nel loro insieme e nei loro reciproci rapporti conseguenzali e nei loro elementi determinanti. Essa richiede una esatta ricostruzione cronologica

come primo elemento, e risulta oscura specie relativamente all'insorgenza dello stato di malattia, quando si pensi che la nostra malata non lamentò, e a lungo, che una vaga sintomatologia addominale, che attraverso un reperto radiografico doveva essere dimostrata quasi a sorpresa una sindrome prevalentemente respiratoria, senza che alcun fatto precedente vicino avesse potuto far pensare a manifestazioni morbose a carico di questo apparato; quando ancora si pensi che la malata in una fase successiva fu per lungo tempo iperpiretica mentre solo accusava un vago malessere, che insomma vi fu, fatto particolarmente importante, una straordinaria sopportabilità di fronte a manifestazioni morbose imponenti. Ma su questo punto ritorneremo insieme più avanti. Per ora procediamo logicamente, pianamente, cercando di darci ragione dei vari reperti ottenuti e quali vi ho detto, rifacendo per quanto è possibile la strada delle varie successioni morbose.

Ci troviamo di fronte a fatti pleurici antichi e recenti: qui vi è retrazione dell'emitorace sinistro; e alla base polmonare di sinistra troviamo delle calcificazioni, espressione di un processo verosimilmente tubercolare di vecchia data superato e guarito e al quale siamo autorizzati far risalire l'antica pleurite e la malattia che era stata designata col termine di « bronchite trascurata ». Attualmente abbiamo in atto fatti pleurici e fatti polmonari che parlano per la presenza di una raccolta liquida in cavità pleurica che noi documentammo oltrechè sulla base di segni semiologici e radiografici anche col positivo reperto di una puntura esplorativa.

È vero che osservammo costantemente un'area semilunare di Traube libera, ma di ciò ci diamo facilmente ragione perchè questa zona si fa ottusa solo a condizione che nel cavo pleurico vi sia del liquido che *possa* occupare tutto il seno costodiaframmatico: ma a ciò occorre che il liquido sia *libero* nel cavo pleurico, il che si verifica allorchè il versamento pleurico è di natura trasudatizia, salvo la presenza di vecchie aderenze, mentre in presenza di essudati, per la facilità con cui in questi ultimi per l'infiammazione della sierosa si formano aderenze che limitano la spostabilità del liquido, e per il decubito che viene dai malati con forme acute e febbrili in atto generalmente assunto sin dai primi giorni della malattia, l'area del Traube si trova molto frequentemente esclusa e barrierata di aderenze sì che anche in presenza di liquido essudativo, lo spazio di Traube non può venire occupato e conserva risonanza timpanica.

Al disopra della raccolta liquida crediamo aver documentata la presenza di una raccolta aerea, perchè vi è un livello di ottusità orizzontale e perchè allo schermo abbiamo visto detto livello mobile facilmente, ondulante: la bolla gassosa è invero assai scarsa come risulta nel complesso dall'assenza dei grandi classici segni dell'idro-pneumotorace e che ora non ripeto perchè già varie volte ve ne ho parlato appositamente; se la bolla d'aria in cavità pleurica è grande noi riscontriamo la sintomatologia del pneumotorace: dall'assenza del f. v. t. al suono iperfonetico-timpanico, all'assenza del respiro all'ascoltazione, alla presenza del tintinnio bronzeo, ecc. E infine anche l'indagine radiologica ci ha documentata la presenza di una bolla d'aria assai piccola, tale tuttavia da influenzare la disposizione del livello liquido libero del versamento che si fa perciò orizzontale. È probabile quindi che se la bolla gassosa è piccola e tutta raccolta da un lato, esistano condizioni che questo hanno determinato e favorito.

In casi di questo genere noi dobbiamo sempre pensare che esistano condizioni anatomiche a carico della pleura che impediscono il libero naturale diffondersi del gas; e queste cause siamo soliti a riconoscere nella presenza di fatti adesivi a carico della pleura o a eventuale contemporanea compromissione del parenchima. Del resto qui tale condizione di cose anche ci è rilevata dal fatto che abbiamo assistito ad un rapido elevarsi del livello liquido posteriormente: eppure gran quantità di liquido in sopra più non deve essersi formata, se da un giorno all'altro abbiamo visto crescere il livello di tanto, e se così tanto rapidamente esso di poi è scomparso, sì che una puntura esplorativa oggi praticata ha dato esito negativo. Questo fatto dipende oltrechè dallo scarso libero gioco dei due foglietti pleurici anche dalle condizioni del sottostante parenchima: se il polmone è in condizioni strutturali normali o quasi e quindi ha anche normale la sua retraibilità elastica e si forma un versamento in cavità, occorre formazione di molto liquido perchè il livello sensibilmente si innalzi; ma se il polmone presenta fatti di addensamento, e ne è inerentemente limitata e modificata la possibilità di retrazione elastica del polmone stesso, e non può quindi fare facilmente posto al liquido, il versamento anche se scarso assai più innalza il suo livello che non di norma.

Comunque, tenendo presente anche i caratteri macro- e microscopici del liquido estratto, vi fu quindi un idro-pio-pneumotorace.

Ma oltre a questi fatti a carico della pleura, anche dobbiamo giudicare di tutta un'altra serie di fenomeni, che non inquadrano solamente con quanto abbiamo sin qui analizzato. Già obbiettivamente anche documentammo un insieme di fatti semiologici diretti e indiretti e radiologici di una cavità: e dobbiamo quindi indagare l'eventuale esistenza di rapporti tra questi due ordini di fatti: processi cavitari da un lato, e pio-pneumotorace

dall'altro; e vedere se l'uno e l'altro sono fenomeni indipendenti, o, se diversamente, in qual reciproca relazione essi stanno.

Si potrebbe pensare che essi segni di cavità fossero legati alla presenza di una pleurite interlobare incistata ma noi pensiamo ad una cavità *nel* polmone: il radiologo esclude la forma interlobare; e poi vi erano tutti i segni di una cavità entro il parenchima stesso: timpanismo alla percussione, eco tracheale, modificazioni del suono di percussione a bocca aperta o chiusa, soffio anforo-metallico, rantoli gorgoglianti: tutti fatti dei quali non sto ora qui a rifarvi il meccanismo di formazione, nè a illustrarvi oltre il relativo significato semiologico: basterà avervi accennato.

Contro il concetto però di una cavità intraparenchimale, potrebbe avanzarsi la considerazione che non abbiamo avuto vera vomica improvvisa e globale, ma ce ne diamo ragione.

Una mancata vomica può riconoscere la sua causa o in una difficoltà all'espettorazione, e non è il nostro caso, o in una insufficiente comunicazione tra la cavità polmonare e un grosso bronco; il qual fatto invece, quando largamente interviene, consente la rapida, ampia, spesso improvvisa, emissione del materiale raccolto, la vomica vera e propria. È possibile che una tale ampia comunicazione con un grosso bronco sia nel nostro caso mancata, donde anche la mancanza di una vomica vera, e l'espulsione con la tosse, a riprese, di piccole ripetute quantità di espettorato, attraverso una probabile piccola perforazione.

Siamo quindi autorizzati a parlare di cavità in seno al parenchima, in seno al polmone.

E sarà allora di natura specifica dato che la nostra paziente a 28 anni ebbe una pleurite secca, e che i noduli calcificati che ora presenta nel polmone sinistro parlano per un terreno specifico e dato che tutti questi fatti pleurici e polmonari furono molto bene tollerati dalla malata e si sono svolti lentamente, subdolamente, con andamento termico quanto mai sospetto, con dimagramento, astenia, tosse? Non crediamo; e non tanto perchè qui abbiamo una cutireazione negativa, il che potrebbe anche trovare spiegazione in quel grave stato di generale deperimento e defedamento cui l'ammalata per la lunga esauriente malattia è andata incontro arrivando così forse allo stato, invero ancora non ben in ogni suo punto precisato, della così detta anergia tubercolinica; quanto e soprattutto perchè, se è pur vero che una polmonite caseosa può portare alla fluidificazione di una vasta zona parenchimale e anche rapidamente, con conseguente formazione di una anche grossa caverna, in questi casi si ha che sempre l'espettorato è ricco di bacilli di Koch, e la temperatura dopo l'emissione non cede così completamente, come in questo caso invece è avvenuto, al comparire dei segni di formazione di cavità, ma anzi per lo più indica nel suo progresso il carattere essudativo-caseoso della forma e l'intervento di associazioni microbiche.

Qui invece con la vomica comparve apiressia; e mai trovammo, pur ripetutamente cercati anche ricorrendo ai comuni metodi dell'« arricchimento », bacilli di Koch. Ma non solo per questi elementi clinici e di laboratorio, purtroppo molte volte infidi, siamo indotti a ritenere improbabile la natura tubercolare dei fatti cui assistiamo, ma anche perchè al posto di questi reperti negativi noi possiamo ora porre innanzi anche un reperto sicuramente positivo e di valore grande, perchè nel materiale dell'essudato purulento asetticamente raccolto abbiamo trovato germi che danno spiegazione eziologica della forma, e su cui più avanti ritorneremo

Continuiamo invece per ora l'analisi del caso seguendo la logica clinica.

Escludiamo, senz'altro senza inutile discussione le forme luetiche e quelle neoplastiche: qui non segni di lues, nè nozione di infezione, e la reazione di Wassermann negativa; non presenza di tumori in altre sedi, ecc.

Da escludersi pure crediamo sia la bronchite putrida, che oggi d'altronde si ritiene in molti casi non esser data altro che da piccoli e multipli ascessi cangrenosi del polmone. E penseremo alla gangrena polmonare? In tal caso il paziente emette generalmente dei veri frustoli di tessuto polmonare in stato icoroso putrefattivo, nel quale le fibre elastiche, spesso colliquefatte non sono visibili; e si ha immancabile odore fetido e nauseando, fatto qui completamente mancato.

Notiamo altresì che le antiche idee secondo cui netta distinzione esisteva tra forme gangrenose polmonari da un lato e forme ascessuali dall'altro, stanno recentemente subendo revisione decisiva: i quadri rispettivamente della gangrena e dell'ascesso polmonare con tutti i segni e le differenziazioni loro riconosciuti dalla patologia, sussistono tuttora, ma si tende sempre più a limitare il numero dei casi ben definiti e nettamente appartenenti all'una o all'altra categoria di fatti morbosi del polmone. Tutta una gamma di forme intermedie che in parte mostrano i caratteri clinici ed anatomo-patologici dell'ascesso e in parte quelli della gangrena, esiste, sì che con visione clinica più rispondente alla realtà oggi parliamo il più spesso di ascesso gangrenoso del polmone, l'una e l'altra forma potendo con facilità e frequenza coesistere e unitamente partecipare alla relativa sintomatologia clinica e di laboratorio. Tale è anche il concetto di Maurizio Ascoli e della sua Scuola (Serio), secondo cui le forme suppurative possono facilmente passare a quelle gangrenose e viceversa per inquina-

mento del focolaio ascessuale il cui processo è sostenuto da germi piogeni vari, da parte dei germi della putrefazione; con l'inquinamento, l'espettorato assume carattere fetido e per la colliquazione icorosa inerente abbiamo emissione di frustoli di tessuto polmonare.

E nemmeno qui penseremo trattarsi di bronchiectasia, perchè la bronchiectasia non si forma in uno spazio di tempo di così pochi giorni ed è sempre più o meno aperta, mentre qui nella nostra malata il processo fu in un primo tempo chiuso e solamente in seguito si aprì, e perchè alla broncografia nel caso di bronchiectasie si ha la più chiara messa in evidenza della cavità bronchiettasica occupata dal lipoiodol, il che qui non abbiamo osservato.

Qui avemmo febbri alte senza sintomi respiratori, e quando la malata improvvisamente emise abbondante espettorato subito sfebbrò.

Non vi è dubbio quindi essersi trattato di un *ascesso* che da chiuso che era si è aperto, lasciando evidenza di cavità corrispondente.

Dobbiamo quindi vedere allora i rapporti tra l'ascesso polmonare e i fatti pleurici constatati dacchè si osservò contemporaneamente pio-pneumotorace, e occorre stabilire come si è formato. Non certo il pneumotorace è dipeso dalla puntura esplorativa di tempo fa, chè se aria fosse allora penetrata, già si sarebbe riassorbita. Nè penseremo ad un pneumotorace spontaneo formatosi per rottura del parenchima in vicinanza di processi specifici, in seguito ad eventuali colpi di tosse, pneumotorace, consecutivamente poi complicato, come di frequente avviene, da versamento. Anzitutto non abbiamo fatti che ci facciano pensare così, e d'altra parte invece dobbiamo ben rivolgere la nostra attenzione alla presenza dell'ascesso nel parenchima.

Nè, dato che qui abbiamo detto trattarsi di pleurite purulenta e di ascesso polmonare, penseremo che la modica raccolta gassosa più che a vero pneumotorace da perforazione della pleura, sia riportabile ad uno sviluppo di gas in cavo chiuso da parte di germi della putrefazione che tale formazione di gas possono determinare.

Si tratta allora in genere di germi anaerobi che posseggono la facoltà di sviluppare gas dai substrati organici su cui vegetano attraverso azioni fermentative su idrati di carbonio e su sostanze proteiche.

Non tutti però tali germi anaerobi che hanno in comune questa caratteristica dànno origine a formazione di gas fetidi e putridi; generalmente questa impronta particolare è conferita dalla presenza di idrogeno solforato che viene prodotto ad esempio dal perfringens, trovato spesso nelle gangrene polmonari, ma non da altri anaerobi, quale il vibrione settico che pur dà origine a notevole sviluppo di gas scomponendo i substrati che contengono idrati di carbonio. Quindi la presenza di germi della putrefazione e di anaerobi in genere può condizionare formazione di gas a livello di una raccolta in cavo pleurico, e casi di tal genere sono stati descritti; ma qui non ne abbiamo alcun segno; perchè trattandosi in questi casi di pus generalmente fetido, ne viene che sia il pus dell'ascesso e quindi l'espettorato, sia il pus della raccolta pleurica, assumono quella particolare impronta d'odore repugnante che è espressione appunto del processo disgregativo, e putrefattivo. E per quanto, come ora ho ricordato, tale caratteristica pur essendo frequente non sia da ritenersi assoluta, sì che non è più seguibile il criterio di fare delle gamma di moleste sensazioni olfattive elemento di differenziazione clinica della natura microbica della forma, pure nel nostro caso la mancanza assoluta di ogni fetidità sia dell'espettorato, che del pus estratto con puntura esplorativa, ci fa ritenere anche clinicamente che i germi della putrefazione qui mancassero per lo meno nelle loro associazioni più frequenti, e che quindi l'ipotesi di pleurite putrita gasogena, a pura completezza didattica esposta, non abbia per sè fondamento alcuno.

Gli è invece che lasciando da parte tutto questo che per ora almeno ci appare estremamente improbabile, la presenza di un ascesso nel parenchima polmonare, più o meno profondamente situato che sia rispetto alla superficie pleurica, ben può far risentire su di questa i suoi effetti, così come la maggior parte dei processi flogistici polmonari acuti o cronici prima o poi si accompagnano a fatti pleurici consensuali, sia che stiano ad indicare l'insorgenza di nuovi focolai nella pleura della medesima natura di quelli parenchimali, sia che rappresentino una pura e semplice diffusione alla pleura dal focolaio flogistico sottostante.

Dalle modalità con cui questo compatimento pleurico si stabilisce, dipende infine il quadro anatomo-patologico e quindi clinico che la forma pleurica ai nostri occhi presenta.

Nel caso dell'ascesso polmonare, l'anatomia patologica ci dice che le cose possono essere variamente complesse: clinicamente d'altronde si parla anche di forme pseudopleuriche di ascesso polmonare allorchè il focolaio polmonare sviluppato sino alla pleura può essere da questa separato o da uno strato sottilissimo di tessuto polmonare sclerosato o soltanto dalla pleura fortemente ispessita; si riproducono in questi casi i sintomi del versamento pleurico saccato e purulento e la forma diventa di difficilissima diagnosi. Ma un tale ispessimento pleurico che costituisce valida barriera alla diffusione del processo e che con le sue aderenze blocca per così dire il focolaio parenchimale sottostante, non sempre interviene, o per la rapidità evolvente

della forma o per l'insufficiente reazione tissulare; onde è che assistiamo spesso ad una flogosi acuta pleurale da propagazione.

Esistono tra questi quadri delle forme intermedie in cui la perforazione della pleura viscerale avviene in zona pleurica più o meno aderenziata o circondata da aderenze, sicchè può formarsi anche in cavo pleurico, isolata, circoscritta, saccata, una raccolta ascessuale comunicante più o meno largamente con la cavità ascessuale polmonare.

La vivacità delle reazioni tissulari di difesa circostanti ad un focolaio parenchimale in disfacimento, e l'andamento più o meno acuto o cronico del processo distruttivo stesso e la comunicazione col bronco, sono elementi che ci dànno ragione della relativa infrequenza di perforazione nella pleura di caverne di natura tubercolare situate a volte anche subito al disotto della pleura stessa. Ed infatti, e ciò vale per quei tipi di caverna a pareti sclerosate che sono le più frequenti ma non certo le sole forme di disfacimento tubercolare del parenchima polmonare, il focolaio specifico distruttivo è spesso tutto circondato da una specie di capsula fibrosa di reazione che costituisce valida barriera alla diffusione del processo specifico: tanto che in genere non esistono anche radiologicamente segni evidenti e diffusi di infiltrazione pericavitaria, ma semplicemente qualche focolaio disseminato più o meno numeroso.

Tutto sommato se è possibile attraverso questi focolai circostanti una più o meno facile diffusione del processo specifico alla pleura con reazioni in conformità ed eventualmente con i segni di una flogosi pleurica e conseguente raccolta essudativa in cavità, rimane invece ostacolata la rottura stessa di una caverna in pleura con successiva formazione di un grave pio-pneumotorace per disseminazione del materiale nella sierosa. Gli autori francesi usano per questi casi con immagine pittorica e significativa la frase « le poumon crâche dans sa plèvre », e della forma di empiema che in queste condizioni consegue vi ho altra volta diffusamente parlato (1).

Nel nostro caso la diversa natura della forma distruttiva polmonare ha consentito invece anche una evoluzione diversa da quelle che abbiamo ora ricordato per le caverne tubercolari. Qui la barriera fibrosa non ha fatto a tempo a costituirsi ed è intervenuta una larga infiammazione pleurica non tanto da diffusione quanto da rottura del focolaio ascessuale polmonare; e ciò pensiamo perchè contemporaneamente alla flogosi pleurica essudativa si è anche svolto un pneumotorace.

Questo non è intervenuto con quelle classiche manifestazioni di tragicità su cui ho tante volte richiamato la vostra attenzione a ben giudicare sindromi acutissime respiratorie, bensì subdolamente, come d'altronde vi ho pure segnalato poter intervenire per un pneumotorace spontaneo, che a volte, benchè raramente, può costituire reperto semeiotico direi quasi a sorpresa (2).

Qui un altro gruppo di sintomi domina il caso e richiede interpretazione. Qui è l'ascesso polmonare che è al centro del complesso morboso. È su di esso che noi dobbiamo concentrare la nostra paziente indagine eziologica e patogenetica, perchè qui sta la chiave della forma attuale della nostra malata.

Lasciate pertanto che insieme rifacendo la strada, coordiniamo un poco le nostre idee su questo importante capitolo della patologia che come già vi ho detto ha subìto in questo ultimo periodo interpretazioni e classificazioni che si allontanano un po' dai classici schemi di una volta.

Per ascesso polmonare noi intendiamo anzitutto la presenza nel parenchima di un processo purulento con conseguente piofusione del tessuto colpito e reazioni flogistiche circostanti conseguenti più o meno diffuse e invasive. La classificazione stessa delle varie forme di ascesso polmonare è tuttora incerta e mal definita; sicchè i singoli Autori considerando il processo o prevalentemente dal punto di vista anatomo-patologico o da quello clinico in genere o da quello eziologico o patologenetico più in particolare, addottano ciascuno per proprio conto un criterio di classificazione nosologica che genera più confusione che chiarezza. A maggiormente complicare le cose potrebbe a tutta prima apparire il fatto per cui alcuni Autori, come poco fa vi ho detto, tendono ad avvicinare all'ascesso anche la gangrena polmonare, non tanto per quello che si riferisce alla patogenesi delle due forme, quanto piuttosto perchè spesse volte riesce difficile scindere i due processi sia anatomo-patologicamente, sia, e più, clinicamente. L'accordo però anche su questo punto non si può dire ancora raggiunto. E così, mentre vi è da parte di alcune Scuole la tendenza a considerare il problema sotto un punto unitario, sicchè si parla di ascesso gangrenoso del polmone (concetto seguito da Maurizio Ascoli, Serio, ecc.), da altri invece si tende a mantenere una certa distinzione tra le due forme e si parla di ascessi semplici e di ascessi fetidi (Léon-Kindberg), i quali ultimi corrispondono gli ascessi gangrenosi di Marfan, e agli ascessi putridi di Sergent. Comunque, in ogni caso ciascun autore in rapporto alla va-

(1) C. FRUGONI. *Empiema tubercolare.* Giorn. Med. dell'Alto Adige, 1930, n. 3.

(2) C. FRUGONI. *Pneumotorace spontaneo tubercolare chiuso ecc.* Minerva Medica, IX, n. 13, 1929; e *Pneumotorace spontaneo da enfisema, a valvola, ecc.* Giorn. Med. dell'Alto Adige, n. 10, 1929.

riabilità specie clinica dell'andamento della forma fa numerose suddivisioni, che piuttosto che entità a sè, sembrano in verità essere aspetti particolari di processi tra loro spesse volte malamente differenziabili. Con tutto ciò non va però nemmeno dimenticato, e su questo vi è discreto accordo, che forme che si inquadrano o nel classico schema dell'ascesso o in quello della gangrena, esistono, per quanto queste forme « pure » vadano facendosi sempre più rare.

Nell'ascesso polmonare, indipendentemente dal fatto che si tratti di forme semplici o gangrenose, noi distinguiamo forme primitive e forme secondarie a seconda che rappresentano processi apparentemente iniziati nel parenchima polmonare, o piuttosto fatti complicativi polmonari svariati svolgentisi nell'organismo e che col polmone sono direttamente o indirettamente in connessione.

Dal punto di vista del come insorgono processi purulenti o gangrenosi polmonari, dobbiamo considerare la doppia eventualità della forma embolica o della forma bronchiogena. Anatomo-patologicamente le forme si differenziano (Aschoff) e generalmente a ciascuna forma corrispondono anche momenti etiologici di natura diversa.

Senza però doverci per ora compromettere in una classificazione particolare della forma morbosa di cui parliamo, e rimanendo più vicini al terreno della clinica, io vi ricorderò alcuni tipi, per lo meno i principali, di ascesso del polmone, affinchè sia poi meno difficile poter inquadrare i fatti che alla nostra malata si riferiscono con i dati che ci vengono forniti dalla patologia. In numerosi casi di forme primitive si pensa da molti che l'agente etiologico fondamentale sia rappresentato da spirochete o da forme spirillari che alcuni senz'altro ascrivono alla associazione fuso-spirillare di alcune angine, a proposito di che va anche ricordato che elementi fusati e spirilli altro non rappresenterebbero in questi casi, secondo Sanarelli, che gradi di sviluppo diversi di uno stesso microbio polimorfo. L'impronta gangrenosa al processo verrebbe quindi conferita dal contemporaneo o successivo sviluppo di germi anaerobi. In realtà ricorrendo a metodi opportuni o d'impregnazione o di colorazione specifica per le spirochete, è frequente rinvenire nella forma primitiva di ascesso polmonare numerose spirochete sia nell'espettorato e sia ancora, il che ha certo maggior importanza, nella zona necrotica circondante l'ascesso polmonare e nella zona pure circostante di flogosi attiva ove a volte le spirochete sono state ritrovate allo stato di « relativa purezza batteriologica » (Bezançon; Léon-Kindberg). Si sono descritte accanto a forme fuso-spirillari diverse degli spironemi, spesso disposti a grovigli, della bronco-spirochetosi emorragica, delle spirochete « tipo bronchialis » di lunghezza varia, sottili, a estremità arrotondate, a spire poco vicine, che non si colorano con i comuni colori di anilina.

Si è certo voluto andare troppo oltre su questa via e vedere da qualcuno in ogni ascesso polmonare la presenza causale di spirochete, la cui importanza nella patologia polmonare è merito del nostro Castellani aver messo in evidenza tra i primi con le sue ricerche sulla broncospirochetosi. E in realtà ora noi possiamo affermare che in buona parte di casi gli ascessi primitivi del polmone sono sostenuti anche da spirochete. Un tale dato troverebbe anche indiretta conferma nell'esito a volte nettamente favorevole di una tempestiva cura antispirillare a base di arsenobenzoli. Non crediamo tuttavia dover seguire necessariamente questo criterio come un tipico criterio *ex juvantibus* in tutti i casi, onde risalire alla natura specifica dell'affezione; perchè oggi nell'azione chemioterapica arsenobenzolica dobbiamo anche considerare una componente, vorrei dire, aspecifica di stimolazione generale alle reazioni tissulari di difesa dell'organismo esplicata dai diversi preparati arsenobenzolici, che, come risulta dalle ricerche di Jancsò completate da quelle più recenti di Brunelli della mia Clinica, presentano comportamento analogo in parte a quello dei cosidetti colori vitali, e, quali sostanze colloidali o semicolloidali elettronegative a convezione anodica, vanno a terminare nell'apparato reticolo-endoteliale inteso in senso lato ivi esplicando azione stimolatrice e probabilmente quindi di accentuazione delle difese organiche; il quale argomento mi limito semplicemente ad accennare qui, ben sapendo quanto complesso sia il meccanismo d'azione della chemioterapia, tale considerato sin dai tempi di Ehrlich, e quanto discordi siano i pareri sui rapporti ora ammessi ora negati tra sistema reticolo-istiocitario e difese organiche tissulari e umorali e tra sistema R. I. e chemoterapia in genere. Ma è forse in base a idee in questo senso che la cura arsenobenzolica viene consigliata in ogni tipo di ascesso polmonare spirochetico o no.

Altro tipo di ascesso primitivo (il più spesso però secondario per diffusione dal fegato) è rappresentato dall'ascesso amebico; esso in realtà non è raro anche come rappresentante nell'organismo di un'unica manifestazione ascessuale dell'amebiasi. In genere però sia nel liquido direttamente raccolto da puntura esplorativa sia nell'espettorato, noi non troviamo l'agente causale, l'*ameba;* e d'altra parte in questo stesso materiale noi non troviamo generalmente altri agenti etiologici noti, sì che si parla di « pus sterile ». (Léon-Kindberg). E sappiamo altresì che in questa forma un trattamento specifico a base di cloridrato di emetina (Pontano, Izar, ecc.) può portare a guarigione talora completa.

Più frequenti assai sono però gli ascessi polmonari secondari. E lasciamo da parte tutte quelle forme di ascesso gangrenoso del polmone che possono intervenire al seguito di aspirazione nelle vie aeree di materiali vari infettanti; come pure quelli che si hanno per diffusione di contiguità da affezioni suppurate epatiche, subfreniche, mediastiniche, ecc.

Ricordiamo, a solo titolo di completezza, ancora quegli ascessi che con discreta frequenza in tempo di guerra abbiamo visto svilupparsi nei soldati gassati, specialmente da yprite e in cui spesso l'agente etiologico diretto sarebbe rappresentato da uno streptococco emolitico (Clerc, ecc.).

Ascessi gangrenosi o meno secondari siamo soliti ad osservare in individui setticemici, e allora l'eziologia della forma è sostenuta dall'agente stesso della setticemia (streptococco, stafilococco, ecc.); o in individui affetti da polmoniti o broncopolmoniti banali, specie nelle forme che complicano di frequente l'influenza respiratoria e in quelle in cui venne con frequenza isolato il b. di Friedländer, e in cui si è parlato addirittura di flemmone del polmone; o ancora nel corso di semplici batteriemie (ascessi polmonari da paratifi: Lemièrre e Deschamps).

***

E quale sarà allora la natura dell'ascesso, nel caso nostro, dato che di ascesso secondario evidentemente si tratta, sia per il lungo periodo di malattia in cui non vi era sintomatologia polmonare, ma che la sintomatologia polmonare preparava, sia perchè spirochete o amebe non abbiano trovato, sia perchè infine reperti positivi sono emersi che ci hanno escluso trattarsi di forma primitiva di questo tipo, e dato ancora che di forma specifica da b. di Koch abbiamo già detto non potersi trattare?

E lasciamo da parte, secondo quanto vi ho detto, se più di ascesso o più di gangrena polmonare si tratti.

Non ad un ascesso *ab ingestis* da corpo estraneo qui penseremo, perchè ce ne mancano e l'anamnesi, che tuttavia a volte può rimanere silente, e perchè un ascesso *ab ingestis* non è certo così ben tollerato come lo è stato nel nostro caso, e dopo un breve periodo di incubazione dall'aspirazione del corpo estraneo, attraverso un focolaio più o meno esteso e più o meno acuto di broncopolmonite compare rapidamente tutta la grave sindrome generale di una raccolta purulenta che si va formando nell'organismo e specificatamente nel polmone, e che tende a farsi strada, oltrechè verso l'esterno attraverso un bronco, anche verso la pleura che a volte invade e oltrepassa, come ad esempio in un recente caso di Ricciolo. Ma nel caso nostro la sintomatologia iniziale polmonare costituì un reperto causale radioscopico a sorpresa. Nulla avvertì la paziente: non tosse, non escreato, non dispnea, non dolori in sede toracica.

Nè quindi data l'assenza di tutti questi segni, penseremo si sia qui svolto un processo broncopolmonare banale con successiva evoluzione purulenta: anche perchè qui mancano tutte quelle condizioni che in genere consentono lo sviluppo di un focolaio broncopneumonico senza la classica sintomatologia, quasi direi in silenzio di sintomi: e trattasi allora proprio di quei tali focolai che non debitamente e tempestivamente diagnosticati e curati, finiscono il più spesso in una delle complicazioni della broncopolmonite tra cui frequente l'ascesso: infatti qui non segni di diabete, di cachessia precedente alla forma, di stati comatosi da cause molteplici, e particolarmente non segni di alcoolismo cronico, condizioni tutte nelle quali le forme acute broncopolmonari possono decorrere in modo talmente atipico, con così scarsi fenomeni reattivi generali e locali, da aver loro meritato il nome ormai consacrato dall'uso di forme adinamiche o asteniche.

Ascesso polmonare forse da infarti micotici a punto di partenza da endocardite ulcerosa del cuore destro o dal sistema venoso? Evidentemente no: quì non endocardite e nemmeno flebiti e d'altronde non sidrome di infarto polmonare.

E allora un ascesso intervenuto nel corso di una setticemia e rappresentante una localizzazione polmonare della sepsi? Qui non vi fu vera sepsi, e ripetute emoculture riuscirono negative.

Che si sia trattato di una localizzazione polmonare nel corso di una fugace batteriemia?

Vi dirò che abbiamo pensato anche al tifo, perchè nel tifo si possono avere ascessi polmonari per varia causa. Anzitutto dalle facili escare da decubito ove si hanno suppurazioni gangrenose, possono ordirsi piccole flebiti di vicinanza, donde immissione in circolo di germi della suppurazione e della putrefazione. E poi perchè facili sono i segni di bronchite e stasi alle basi, e per il decubito lungo e per la facile stanchezza miocardica, su cui possono poi intervenire processi infiammatori broncopneumonici che possono a loro volta presentare esito in forme ascessuali e gangrenose specie se per le gravi condizioni dei malati e la poca igiene e il cattivo stato boccale, anche si verifica aspirazione di materiale infetto. A parte lasciando il fatto che vere e proprie localizzazioni tifiche si possono avere nel polmone che evolvono poi con le caratteristiche cliniche della broncopolmonite in cui l'agente etiologico è il bacillo di Eberth. Ve ne ho a lungo parlato l'anno scorso a proposito

di un caso di pneumotifo (3), nella qual occasione vi ho ricordato la distinzione che va fatta tra pneumotifo vero e proprio e complicazioni broncopneumoniche in corso di tifo; e vi ho ricordato anche tutte le varie e strane localizzazioni che può presentare la forma, come pure insistei su un'altra malattia che può dar manifestazioni a localizzazione prevalentemente broncopolmonare e pleurica e che è la maltese. Ma qui niente di tutto ciò.

Ancora su due punti di possibilità diagnostiche invece voglio brevemente fermarmi: il deperimento, la febbricola, la vaga sintomatologia, potevano far pensare all'eventualità di una formazione ascesso-simile nel polmone di natura neoplastica; a parte il fatto però che qui solo dei casi piuttosto rari di cosidetto cancro cavitario del polmone avrebbe potuto trattarsi e di una forma primitiva che sappiamo quanto mai rara, perchè nulla trovavamo in questo senso in altri organi, nè altre metastasi vi erano nel polmone destro, deponevano contro la forma neoplastica i reperti radiologici e ancora il fatto che con l'espettorazione, cioè con l'iniziarsi dello svuotamento della raccolta, la sintomatologia soggettiva della malata andò rapidamente e definitivamente migliorando, e la febbre scomparve.

Difficoltà diagnostiche in un certo senso più notevoli, e sono costretto a ritornarvi una seconda volta, presentava la discriminazione con l'ascesso amebico, il quale se generalmente come ho detto, interviene a seguito di una epatite amebica suppurata, può pure essere clinicamente primitivo nel polmone, la sintomatologia intestinale a volte passando del tutto in seconda linea.

Clinicamente invero la diagnosi si presentava qui oltremodo difficile. Con la puntura non ottenemmo amebe, il che appunto è la norma, ma nemmeno ottenemmo « pus sterile », come lo si suole indicare, vischioso, color cioccolato, essendo riusciti invece a coltivare un germe. Ma a parte questi dati di laboratorio, clinicamente vi sono forme di diagnosi oscura. Così, ad esempio, le forme pseudotubercolari, con cachessia, emottisi, evoluzione progressiva; e alcune forme a tipo acuto in cui oltre al processo colliquativo, distruttivo del parenchima polmonare, coesistono fatti pleurici, a volte notevolissimi, quali essudazioni più o meno corpuscolate e conseguenti ispessimenti e retrazioni toraciche.

Se ci fosse mancato il già più volte ricordato positivo reperto di laboratorio avremmo qui senza dubbio praticato una terapia specifica con emetina, il che, si sa, costituisce il termine di paragone più preciso per la conferma della diagnosi eziologica della forma.

(3) C. FRUGONI. *Pneumotifo*. Minerva Medica, n. 36, 1930, 8 settembre.

E allora quale infine l'eziologia della forma?

Ragioniamo ancora clinicamente sul malato, su quello che ci ha mostrato, su quello che è stata la caratteristica fino a un certo punto fondamentale della forma: ritorniamo ai primi sintomi e che sono quegli stessi elementi che hanno fatto oscillare la diagnosi da principio attorno ad una vaga e mal precisata forma definita « addominale », e ci accorgeremo allora che qui vi è stato fin dall'inizio qualche cosa di singolare.

Riandiamo indietro, al principio, quando l'ammalata cominciò il suo stato di malattia, perchè, ricordatelo, spesso è alla prima anamnesi che dobbiamo tornare, è ai primi segni che dobbiamo guardare per cercare di ricostruire faticosamente, col ragionamento, coi dati raccolti, col più minuto interrogatorio, dando eventualmente valore a dei piccoli segni dapprima passati quasi inosservati o non giustamente valutati, onde ricostruire lo sviluppo del male, e penetrare così nel segreto della patologia dei nostri malati.

Qui invero molte cose sono singolari e appunto vi ho voluto presentare il caso non per farne io tema di lusso diagnostico, ma perchè occorre abituarci tutti ad esercitare il pensiero sulla peculiarità dei casi, sulla molteplicità delle forme con cui una malattia che il più delle volte si presenta ben definita, può apparire, deviando tante volte il pensiero verso diagnosi che meno cimentano le conoscenze nostre.

Qui tutto è singolare: singolare è che si ordisca nel silenzio di tutti i sintomi respiratori un ascesso polmonare: singolare è che la nostra paziente mai abbia avuto fetore nel liquido emesso con l'espettorazione; singolarissimo infine che poco dopo che la malata fu ricoverata in clinica non abbia più avuto una linea di febbre e ciò nonostante fosse portatrice di un piopneumotorace.

Succederebbe ciò nelle comuni forme batteriche da streptococchi, da stafilococchi, e in tutte le altre forme che abbiamo ricordato e nel caso specifico escluse? Certamente no.

L'unico filo per svelare la causa del male, ci venne dato, l'ho già detto, dall'esame accurato dello sputo e del liquido pleurico: la cultura del pus pleurico ha dato un germe che ha tutti i caratteri biologici, culturali e batterioscopici del bacillo di Eberth, ed è agglutinato ad alto titolo (1 : 3000) dai sieri antitifici del nostro laboratorio, mentre non è invece agglutinato dai sieri antiparatifici A e B. Doveva ritenersi questo un reperto causale o piuttosto l'indice di una reale presenza ed attività del bacillo del tifo? Ne dà risposta il potere agglutinante del siero della paziente che agglutina il suo bacillo a 1 : 400 ed i germi di laboratorio a 1 : 200. Prove crociate

quindi e sicure. Dunque vi sono segni che parlano nettamente per la presenza nell'organismo di un processo sostenuto dal bacillo di Eberth.

E poichè siamo in presenza di un ascesso, di una raccolta purulenta, e vi è stato, ripeto, vero ascesso, non semplice flogosi polmonare, è da ammettersi che il bacillo del tifo abbia azione piogena? In realtà il bacillo di Eberth può essere considerato anche piogeno: ne parlano osservazioni vecchie e recenti. Anzitutto è noto da tempo che si possono osservare in tifosi, ascessi sottocutanei o profondi, spesso là ove abbia agito un trauma anche piccolo.

Si pensò da principio che questi ascessi che specie intervenivano o a sèguito di iniezioni o di traumi, fossero dovuti sempre a germi piogeni comuni venuti dall'esterno e attraverso male manovre portati entro i tessuti ivi provocando l'infiammazione purulenta; e così spesso è; ma attraverso esami batterioscopici e culturali anche risultò trattarsi talora di bacillo di Eberth senza alcuna associazione microbica e si dovette convenire poter esser talora la suppurazione sostenuta dal solo bacillo di Eberth proveniente per via ematica. Si sa infatti che nel tifo è regola specie in determinati periodi dell'infezione, uno stato di batteriemia se non di vera e propria setticemia; e noi dobbiamo considerare i traumi, le iniezioni ripetutamente praticate in sito, come condizioni che facilitano la fissazione in quelle sedi dei germi circolanti e la flogosi inerente. È in fondo il vecchio concetto di « locus minoris resistentiae » che ritorna ad affiorare; ma noi oggi questo vecchio concetto che ha pure in sè tanta parte di vero, lo sappiamo meglio interpretare e meglio analizzare nei suoi singoli elementi costitutivi: in fondo, il trauma, le flogosi asettiche e via di seguito, costituiscono altrettanti elementi o fattori che favoriscono la fissazione a livello dei tessuti colpiti, di germi circolanti; è particolarmente nei focolai di flogosi, asettica o meno, che questi fatti vengono anche sperimentalmente ben dimostrati, e ivi si ha fissazione di germi circolanti prevalentemente per le modificate condizioni di circolo (stasi), di permeabilità capillare, di circolo refluo linfatico, ecc. Fatti questi ai quali, lasciando da parte ricerche più antiche, hanno, tra gli altri, portato contributo, lavori delle Scuole biologiche di Padova (Sabbatani, Salvioli, e allievi). Possono quindi esistere condizioni nell'organismo che costituiscono fattori per una fissazione in determinate sedi di germi circolanti; donde localizzazioni a volte le più strane e le meno aspettate. E tutto ciò vale, possiamo pensare, anche per la batteriemia o setticemia tifica.

Ma qui il bacillo di Eberth assunse carattere piogeno, e anche questo benchè raro, può essere, e non solo per ascessi sottocutanei come ho detto, ma anche per ascessi epatici, anche per quelli così detti solitari, molto rari, ma descritti (Doufourt), e per ascessi subfrenici che in casi eccezionali possono evolvere verso i polmoni con formazione ascessuale polmonare consecutiva; casi di questo tipo vennero tra noi recentemente descritti da Introzzi della Scuola di Ferrata; e ancora furono notate pleuriti a netto carattere purulento, largamente studiate dal Gasparini dell'ospedale di Padova; fatti questi ultimi sui quali mi sono già altre volte fermato, onde mi limito farne semplicemente menzione (4).

Nel nostro caso quindi vi fu ascesso polmonare tifico, da bacillo di Eberth.

Ma vi è stata nella nostra malata l'infezione tifoide? Certo. Non al classico tifo penseremo, ma a forme che possono trovare riscontro nella sintomatologia dalla nostra malata presentata; dovremo pensare e pensiamo al tifo cosidetto « ambulatorio ». È forma, ben lo sapete, che permette all'individuo pur ammalato di continuare o quasi nel suo solito tenore di vita e nelle abituali occupazioni: ma non per questo fatto, la forma ambulatoria del tifo è da considerarsi lieve in confronto alle forme conclamate, bensì vorrei dire, in un certo senso almeno, più grave e pericolosa. La virulenza dei germi non è in verità grande, ma la malattia è ugualmente seria, perchè il tifoso non riconosciuto per tale e non comportandosi come tale, va esaurendo le proprie resistenze fisiche ed umorali, mentre contemporaneamente si espone a tutti i rischi di una alimentazione non adatta e con ciò a tutte le insidie e complicanze della forma. E la nostra malata ne è chiaro esempio. E anzi voglio qui ricordarvi una nozione di patologia generale secondo cui per germi non abitualmente piogeni vale la regola, non assoluta, che l'azione piogena corrisponda ad una attenuazione della virulenza. Il che inquadrerebbe con quanto siamo andati sin qui esponendo.

Comunque che di tifo ambulatorio si sia nel nostro caso trattato, noi veramente pensiamo.

*
**

Rivediamo così la prima sintomatologia, perchè spesso la natura della forma a noi appare soltanto dall'andamento della sua cronologia, ed è ai primi segni che caratterizzano il passaggio dallo stato di benessere allo stato di malattia che noi dobbiamo particolarmente guardare. La forma qui insorse con dolia agli arti, senso di peso allo stomaco, febbricola, astenia, deperimento, sintomi tutti che durarono

(4) C. FRUGONI. *Pneumotifo*. Loc. cit.

a lungo, senza tosse, senza espettorazione, senza sudorazione.

E fu allora tifo ambulatorio o piuttosto pneumotifo, dato che la malata quando entrò in Clinica Chirurgica presentò fatti già radiologicamente conclamati alla base polmonare sinistra? Sappiamo che nel tifo talvolta un gruppo di sintomi talmente predomina sul decorso della malattia che caratterizzano quadri clinici volta a volta diversi, donde fenomeni preponderanti a carico delle meningi, del miocardio, del rene, ecc., sempre di natura tifica. E spesso allora la vera natura dell'infezione non appare specie se non si ricorre a sistematiche ricerche di laboratorio e se la mente del medico non è convenientemente orientata; e già altra volta io vi ho a lungo parlato di queste localizzazioni particolari e di che cosa intendiamo quando parliamo di meningotifo, nefrotifo, pneumotifo, laringotifo, ecc.

Pneumotifo si ha quando i sintomi sono per lungo tempo solo o prevalentissimamente pneumonici e la sindrome respiratoria apre la scena ed attira su sè tutta l'attenzione: ma la nostra malata invece si è fortemente stupita quando si sentì dire che aveva una malattia respiratoria, mentre nessun sintomo respiratorio accusava. Essa aveva, come abbiamo detto, prevalentemente febbricola e peso epigastrico, e noi pensiamo veramente dunque ad un tifo ambulatorio che ha dato la « complicazione » ascessuale polmonare « primitiva », complicazione rarissima, che tuttavia è da Lucatello ricordata nel trattato del Maragliano, mentre un caso di ascesso polmonare paratifico viene ricordato da Lemièrre e Deschamps.

Il carattere apparentemente « primitivo » della complicazione è legato al fatto che a volte si possono dare casi di tifo senza lesioni nè localizzazioni intestinali e che i germi circolanti possono soffermarsi in punti svariati e ivi dare localizzazioni morbose.

La nostra malata avendo sofferto a 26 anni di pleurite secca e a 40 anni di bronchite specifica basilare sinistra può aver presentato verosimilmente nel suo polmone un *locus minoris resistentiae*, anche nel senso da noi sopra espresso, sul quale ha potuto meglio attecchire il germe circolante. E la forma ascessuale che ne derivò non fu inquinata da altri germi, chè solo il bacillo del tifo fu isolato dal materiale raccolto con la puntura esplorativa: e questo è il motivo per cui l'ammalata tollerò così bene il pio-pneumotorace consecutivo: la qual tolleranza noi non avremmo osservata se di empiema ad esempio streptococcico si fosse trattato.

Quanto al trattamento oltre la terapia sintomatica attenderemo prima di prendere una decisione chirurgica, data l'evoluzione spontaneamente favorevole della forma.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE MAURIZIANO UMBERTO I DI TORINO.
SEZIONE CHIRURGICA
diretta dai proff. BERTONE e MASSA.

Su di un caso di cisti ovarica gigante

per il dott. FRANCESCO BENSO, assistente.

Mentre un tempo occorreva abbastanza frequentemente al chirurgo di operare cisti ovariche enormi, oggidì questo succede assai di rado: e ciò è dovuto da un lato ad un maggior sviluppo della chirurgia non solo nelle grandi città ma anche in piccoli centri e dall'altro all'abbandono di quegli errati preconcetti, frutti dell'educazione medioevale, per cui la donna si presentava al medico solo nei casi di estrema necessità. Per queste considerazioni oggi le cisti ovariche vengono asportate prima di raggiungere grandi dimensioni.

Kehrer (*Archiv für Gynäkologie*, settembre 1929), ha fatto uno studio interessante su questo argomento ed ha raccolto dalla letteratura 99 casi di cisti ovariche giganti, considerando come tali quelle il cui peso totale supera i 25 Kg. A questo aggiunge una sua osservazione personale del dicembre 1928. Si trattava di una donna di 65 anni in cui l'inizio della malattia risaliva al marzo 1926 ed era stata segnalata da una lieve emorragia dai genitali. Nelle quattro ultime settimane precedenti all'intervento chirurgico il tumore era raddoppiato di volume. L'ammalata venne operata in anestesia locale: dopo l'incisione laparotomica, prima di asportare la cisti aderente alla parete addominale, il chirurgo svuotò con un trequarti 25 litri di liquido nello spazio di 12 minuti: la cisti così diminuita enormemente del suo volume pesava ancora Kg. 7.200. Peso totale, Kg. 32.2. L'a. venne a guarigione senza complicazioni postoperatorie.

Le osservazioni da lui raccolte si riferiscono a donne con età varia dai 10 agli 80 anni. In tre di questi casi il contenuto era di 110 litri, 112 e 153 litri. L'autore ha pure descritti i sintomi relativi a questi enormi tumori e le turbe cui essi danno luogo. Una donna cinese per es. di 40 anni era rimasta quattro anni seduta sulle gambe incrociate: un'ammalata, il cui tumore pesava circa 100 Kg., non poteva tenersi in piedi, nè sedersi, nè coricarsi

sul dorso; poteva solo rimanere coricata sul fianco o sulle ginocchia. Kehrer dopo aver descritto la facies ovarica di Spencer Wells ricorda pure la dilatazione delle vene sottocutanee della parete addominale per compressione dei grossi vasi venosi profondi e sopratutto della vena cava inferiore. Silvain Mossé riferisce sul *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie* (marzo 1931) un caso capitato sotto la sua osservazione. Si trattava di una donna che venne operata di asportazione di una cisti ovarica il cui peso totale era di Kg. 43,300. L'a. si era accorta che da 5 anni il suo ventre ingrossava e un medico di Parigi che ebbe a visitarla per primo faceva diagnosi di gravidanza con idramnios. In seguito il medico per ovviare ai disturbi derivanti dalla graduale tumefazione dell'addome, giudicando il caso inoperabile, procedeva alla puntura evacuativa con cui svuotava venti litri di liquido, dopo di che l'a. riprendeva le sue occupazioni. Ad ogni tre mesi la paziente ricorreva al suo medico per lo svuotamento finchè nell'autunno del 1930 si presentava all'osservazione di S. Mossé, il quale facendo la diagnosi di cisti ovarica ed essendo buone le condizioni generali dell'a. decise di operarla, dopo aver svuotato alla vigilia dell'intervento ben 25 litri di liquido. L'intervento fu lungo e difficile per le estese aderenze della parete cistica al peritoneo parietale, all'epiploon e all'intestino grasso. A questi casi raccolti dalla bibliografia ne aggiungo uno da me studiato all'Ospedale Mauriziano Umberto I di Torino il quale ha la seguente storia clinica:

N. Margherita, d'anni 54, casalinga, da Valfenera (Piemonte). Nulla di notevole nell'anamnesi del gentilizio. Si mestruò a 13 anni e i mestrui si susseguirono regolarmente sino ad 8 anni fa, epoca da cui si fecero irregolari intercalandosi periodi di flusso abbondantissimo con periodi di flusso scarso e talora anche periodi di amenorrea.

Sposò a 19 anni un uomo robusto e sano tuttora vivente. Ebbe 5 gravidanze, di cui quattro condotte a termine con parto normale e puerperio fisiologico ed una, l'ultima, interrotta da aborto di 5 mesi. L'a. fa osservare che sin dall'inizio della prima gravidanza il suo peso corporeo andò aumentando tanto che quattro anni fa epoca in cui si iniziò la malattia in questione pesava già ben 120 Kg. Nell'anno 1924 ammalava di trombo-flebite alla gamba destra per cui tenne il letto tre mesi e durante tale degenza il medico curante notava tracce di zucchero nelle orine. Tre anni fa nel mese di aprile venne operata in questo stesso ospedale di amputazione della mammella destra per adenocarcinoma esteso ed ulcerato, già in precedenza radium-terapizzato. Ne guarì bene e tuttora non presenta tracce di recidiva. Fu già allora che il chirurgo constatava una discreta tumefazione dell'addome, dovuta alla presenza di una cisti ovarica che naturalmente allora non pensò di asportare, dovendosi occupare della cura del carcinoma mammario.

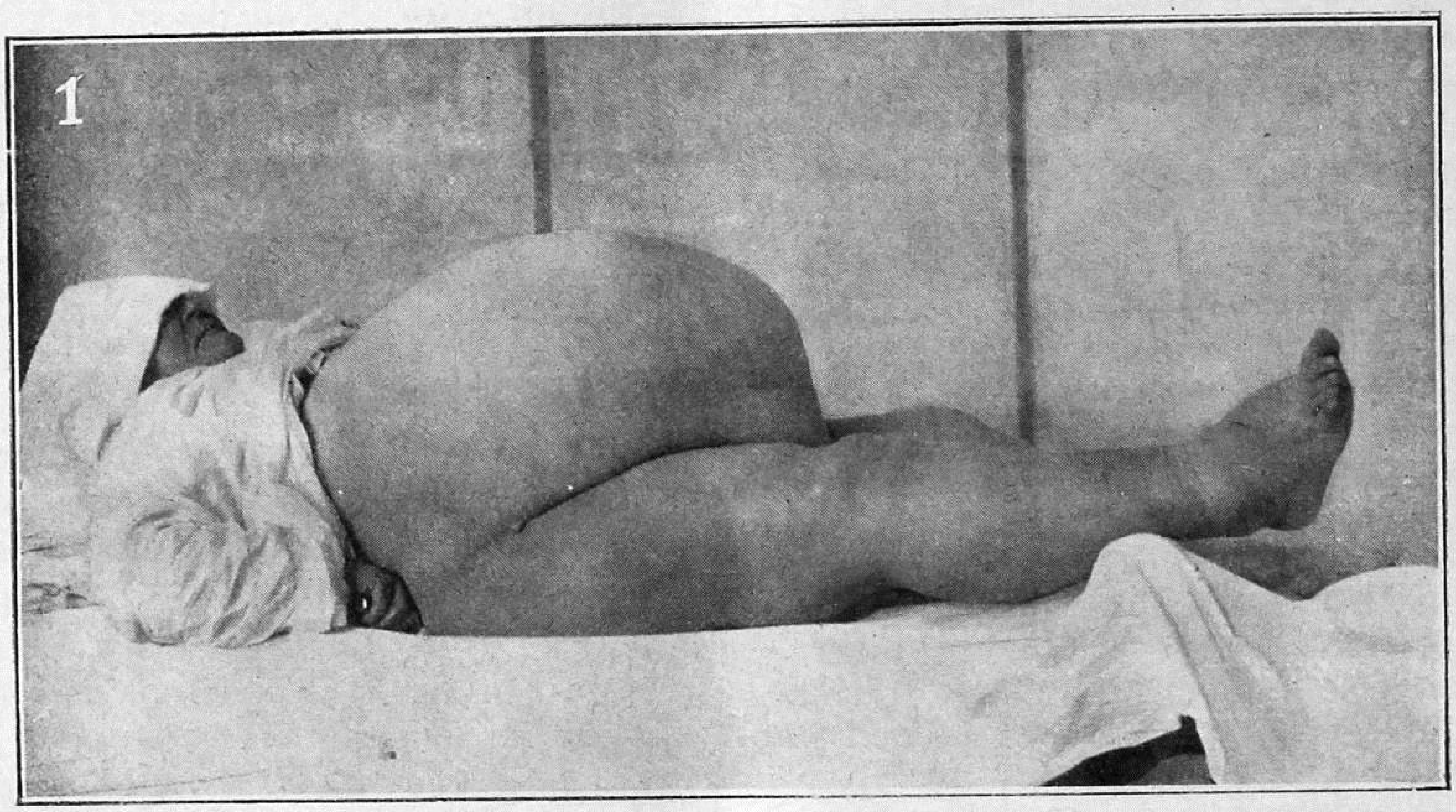


FIG. 1.

Anamnesi personale prossima: la tumefazione dell'addome, cui ho fatto cenno sopra, andò aumentando sino ad oggi 11 aprile 1931 in cui entra in Ospedale, aggiungendosi in questi ultimi due anni un continuo stillicidio di sangue dai genitali.

Esame oggettivo: l'ammalata pesa 145 Kg., preferisce tenere la posizione eretta, la deambulazione è faticosa e l'ammalata cammina a gambe molto divaricate e col tronco spostato all'indietro per non cadere. Nel letto tiene il decubito laterale, essendole impossibile stare a lungo tempo sul decubito supino. Non presenta la cosidetta facies ovarica di Spencer Wells. Nulla di patologico si rinviene al cuore ed ai polmoni. Addome: si presenta enormemente espanso colla cicatrice

ombellicale introflessa e le vene sottocutanee assai dilatate. Alla palpazione si avverte che la parete addominale è sotto forte tensione per la presenza di una massa endo-addominale. La percussione delimita una ampia zona di ottusità che è limitata in alto da una linea curva a convessità superiore che sulla linea mediana arriva a 8 cm. sopra l'ombelico. A sinistra l'ottusità occupa tutto il fianco sinistro, mentre il fianco destro è libero; in basso non si determina il limite inferiore dell'ottusità che si perde nel bacino. Netto è il senso di fluttuazione. L'esame ginecologico non riesce ad avvertire il collo uterino, stirato in alto dalla massa a sviluppo addominale. Le pareti della vagina sono normali. Anche gli arti inferiori presentano i vasi sottocutanei molto ectasici e tortuosi.

Sono pure assai edematosi in modo da assumere l'aspetto elefantiasico con ampie chiazze cianotiche ed in attiva desquamazione. L'esame delle orine non rileva tracce di albumina bensì la presenza di zucchero (gr. 10 per mille).

Confermandosi sulla base dell'esame clinico dianzi detto la diagnosi di cisti ovarica, già fatta in precedenza, si pratica l'intervento il 17 aprile 1931 in anestesia lombare con tutocaina, previa iniezione sottocutanea di due fiale di efedralina. Dopo 10 minuti dalla puntura spinale, persistendo buone le condizioni del polso, si pratica la laparotomia mediana sottoombelicale. Aperto il peritoneo si svuotano con un trequarti di media grandezza infisso nella parete cistica circa 25 litri di liquido opalino e mucoso; dopo di che l'esteriorizzazione della cisti, che si è sviluppata a carico dell'ovaio destro, è facile, non presentando essa aderenze col peritoneo nè cogli organi circostanti. Allacciatura del peduncolo e resezione del peduncolo. Sutura della parete in seta. La cisti dopo lo svuotamento dei 25 litri di liquido pesa ancora Kg. 4,200, totale Kg. 29,200. Aperta la parete cistica si nota che la cisti è unicolare e non presenta alcuna parte solida. L'esame istologico rileva che la parete cistica presenta la struttura comune delle cisti ovariche mucose, essendo costituita da uno strato fibroso e vascolare, limitato sia all'interno che all'esterno della cisti da uno strato epiteliale. L'epitelio che riveste la superficie esterna è cubico, mentre è cilindrico quello che tappezza la superficie interna. Decorso post-operatorio regolare, apirettico. Si tolgono i punti in nona giornata. L'ammalata sin dal giorno dell'intervento può tenere il decubito supino e spostarsi senza grande fatica. La rete venosa sottocutanea della parete addominale si fa meno evidente, mentre gli arti inferiori vanno diminuendo di volume per la scomparsa dell'edema e le varici diventano meno tortuose e dilatate. Persistendo lo zucchero nelle orine (20 gr. per mille) si costituisce una cura dietetica antidiabetica, con iniezione di insulina (10 unità due volte al giorno, prima dei pasti). Dopo 15 giorni di cura la glicosuria è quasi totalmente scomparsa, mentre la glicemia è pressochè normale. In ventesima giornata dall'intervento l'a. è in grado di alzarsi ed esce dall'ospedale in trentesima giornata. Il suo peso corporeo è ridotto a 110 kg.

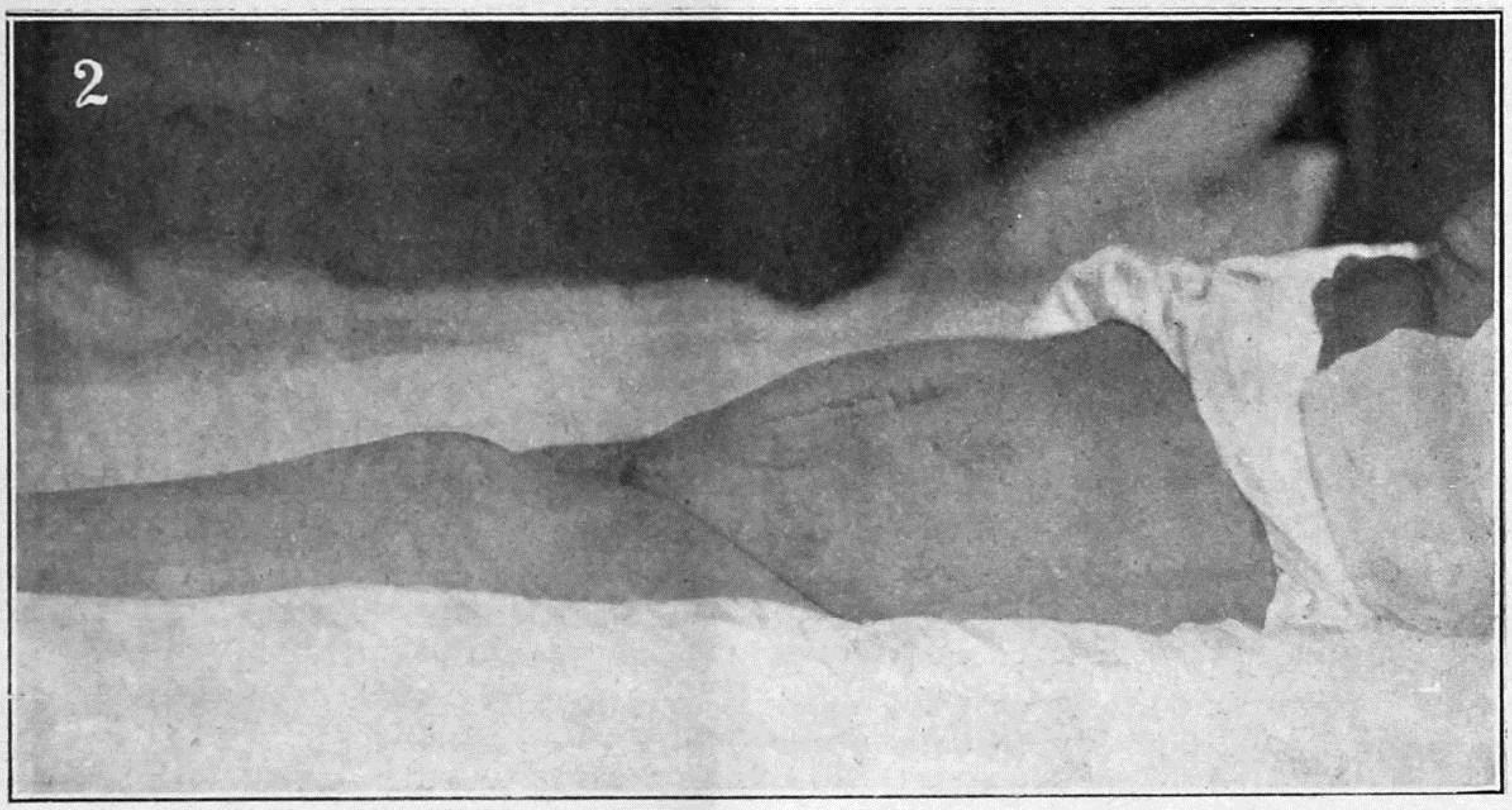


FIG. 2.

Per quanto riguarda il trattamento operatorio delle cisti ovariche giganti sono d'accordo con Kehrer il quale evita la puntura evacuativa tranne nei casi in cui essa abbia un'indicazione vitale e l'a. non possa subire l'intervento chirurgico. La puntura a scopo evacuativo, difatti, lungi dal migliorarne le condizioni dall'ulteriore estirpazione, le aggrava, poichè essa, praticata a cielo coperto, provoca delle aderenze cogli organi circostanti: può inoltre essere causa di emorragie nella cisti mentre può disseminare nel cavo peritoneale degli elementi sarcomatosi, carcinomatosi o dermoidi che la cisti talora contiene. Il metodo di elezione è la puntura a cielo scoperto immediatamente seguita dalla estirpazione della cisti, previo isolamento della parete cistica dalle aderenze talora estese colla parete addominale e coi visceri circostanti. I pericoli della sincope operatoria e post-operatoria sono evitati praticandosi l'anestesia locale o lombare colla somministrazione di car-

diocinetici e facendo tenere all'ammalata la posizione seduta o quasi. Delle cento osservazioni raccolte da Kehrer l'operazione è stata praticata in 86 casi: su 6 di essi non si hanno notizie sul decorso post-operatorio. Si ebbero 13 esiti mortali nelle quattro settimane consecutive all'intervento. Dei 67 casi sopravvissuti, tre morirono nei primi mesi dell'intervento presentando i segni di generalizzazione peritoneale carcinomatosa.

RIASSUNTO.

L'Autore dopo aver citato nel presente lavoro la bibliografia che riguarda le cisti ovariche giganti descrive un caso capitato sotto la sua osservazione, del peso di Kg. 29.200. Aggiunge inoltre alcune considerazioni circa il trattamento chirurgico.

TECNICA DI LABORATORIO.

Colorazione degli strisci microscopici con la matita copiativa.

Dott. FELICE MARTA (Milano)

Le piccole, pedanti, stereotipate pratiche minute sono quelle che recano al medico maggior fastidio e fanno perdere maggior tempo, specie se comportano meticolosità complesse e lunghe, quali le ricerche microscopiche. Non sempre sono perciò possibili quando le esigenze del cliente, unite a quelle professionali, obbligano ad affrettarsi.

Lo si verifica — per stare nel campo mio, quello della venereologia — per le ricerche del gonococco. Se ne fa il prelievo, si essica lo striscio sul vetrino e se ne rimanda il reperto a più tardi, ad ore meno preziose in cui, con maggiore tranquillità e in minor tempo, avendone raggruppati parecchi, si possono completare e leggere tutti, in modo, diremo quasi, standardizzato.

Eppure il controllo microscopico ha sovente importanza decisiva per la diagnosi, e anche maggiori sulle indicazioni della cura e il ritardo può talvolta compromettere il successo.

Semplificare queste operazioni fino a ridurle ad un semplice tratto di lapis copiativo equivale a rendere il lavoro più pulito, meno noioso, in una parola più pratico.

Il metodo è semplice. Fatto il prelievo, con la punta di una comune matita copiativa si mette una goccia d'acqua sul vetrino a fianco dello striscio. Basta lasciarvi appoggiata pochi secondi la punta della mina perchè la goccia assuma una colorazione sufficientemente carica, e scivolarla sopra lo striscio perchè questo rimanga istantaneamente colorato.

Lavato ed asciugato, esso mostra sotto l'obbiettivo una nitidezza uniforme di colorazione, una precisione dei contorni di ogni cellula e dei loro nuclei, una trasparenza chiara degli spazi liberi, e sopratutto una decisa e più intensa colorazione degli elementi microbici, risultati che sembrano anche più distinti di quelli che si ottengono con le abituali soluzioni coloranti più o meno sature di mordenti.

La marca del lapis non ha importanza. Non così il colore: risultano ottimi il bleu, il viola, il verde (il colore è in dipendenza dell'acidità od alcalinità con cui venne trattato il pastello di anilina), mentre il rosso, il giallo, ecc. mostrano la composizione terrosa in cui l'anilina è incorporata.

Il metodo, che non risulta finora escogitato, non ha pretese di innovazione, ma ha importanza pratica, poichè semplificando un'operazione che il medico deve quotidianamente ripetere, la rende più spiccia, più pulita.

Un lapis è sempre a portata di mano, non si essicca nè si deteriora come le soluzioni, così complesse a rinnovare, non imbratta le mani e le dita di macchie tenaci, non si rovescia causando disastri, non richiede speciali attenzioni, non perdita di tempo.

Anche per chi non intende abbandonare il sistema cui è abituato (controllo con Gram ecc.), può riuscire utile sapere che può ricorrere alla matita di anilina quando gli avvenga di non poter disporre di altro.

Non sarà perciò cosa vana l'aver fatto conoscere la piccola ma pratica trovata.

SUNTI E RASSEGNE.

DIABETE.

La diagnosi del diabete incipiente.

(F. HERZOG. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 6 novembre 1931).

La diagnosi del diabete incipiente offre difficoltà in quanto non sempre si riesce a distinguere la glicosuria diabetica da quella semplicemente alimentare.

Noorden ritiene che nei normali la glicosuria è prodotta dall'ingestione di una notevole quantità di glucosio e non dai farinacei.

Kawachi afferma che devono ritenersi sospetti diabetici quegli individui nei quali la glicosuria dura molto tempo dopo l'ingestione di glucosio.

Questi metodi però non sono risultati sufficientemente esatti, da ciò la necessità di nuove indagini (basate sopra tutto sulla determinazione della glicemia).

Prima di esporre queste ricerche l'A. precisa le differenze sintomatologiche e patogenetiche tra diabete pancreatico e glicosuria patologica spontanea.

A quest'ultima forma appartiene il così detto diabete renale che si divide in due sottogruppi: il vero diabete renale spesso ereditario e la glicosuria renale delle gestanti.

I sintomi di queste forme sono analoghi a quelli del diabete sperimentale florizinico: eliminazione dello zucchero con glicemia normale o subnormale e nessuna modificazione della glicosuria di fronte al trattamento insulinico.

Umber ne attribuisce la patogenesi ad una riduzione delle glicolisi extrainsulinica, Falta ad un'abnorme permeabilità dei reni. Noorden e Lichtwitz ritengono che la glicosuria spontanea sia la fase iniziale del vero diabete.

Alle glicosurie spontanee sono analoghe quelle dipendenti da disfunzioni endocrine, quelle consecutive a traumi somatici o psichici, alle malattie del fegato, alla febbre, alle infezioni, alla fame. Tutte queste glicosurie, quantunque di genesi così differente, hanno importanti caratteri comuni, sono transitorie e non pericolose.

È molto dubbia l'esistenza di un vero diabete traumatico.

In base all'esperienza clinica-assicurativa si ammette che per affermare un rapporto tra trauma-diabete debbano concorrere le seguenti condizioni:

1) mancanza di ogni elemento che faccia ritenere l'affezione precedente all'infortunio;

2) breve intervallo tra l'infortunio e le prime manifestazioni cliniche;

3) eccezionale gravità del trauma, specie quando si tratta di trauma psichico.

Anche per un'altra forma di genesi esogena le opinioni dei clinici sono discordi. Katsch notò che non di rado alle affezioni della cistifellea compartecipa il pancreas con la comparsa di un leggero diabete, un diabete secondario. Ma Laudé sulla base di una abbondante casistica rilevò che questa relazione è rara. Viceversa Bernhard osservò che le affezioni pancreatiche con relativo disturbo del metabolismo dello zucchero erano da attribuirsi nel 90 % dei casi a malattie della cistifellea.

Le infezioni possono provocare glicosurie spontanee per cause ignote o un vero diabete per la loro localizzazione nell'apparato insulare.

In ogni caso il diabete, anche se esogeno, si determina, salvo rare eccezioni, solo quando esiste una minorazione costituzionale dell'apparato insulare. In effetti sulla base di larghe statistiche si è potuto stabilire che il diabete è ereditario nel 25 % dei casi e che in questi l'ereditarietà si è potuta verificare fino a tre generazioni nel 72 %.

Questa predisposizione spiega come la malattia possa esplodere per cause leggere e che possono anche passare inavvertite.

Ciò premesso, si presenta il problema se un disturbo latente dell'apparato insulare possa essere svelato dall'esame della glicemia.

La glicemia a digiuno è negli stadî iniziali della malattia più alta del normale, ma non senza eccezioni. Secondo Lichtwitz spesso si può avere glicosuria anche quando la glicemia non è alta.

Risultati sicuri si ottennero nella Clinica di Noorden procedendo tre volte al giorno alla determinazione dello zucchero nel sangue in individui nutriti con carboidrati (pane bianco).

L'A. ha ripetute le prove facendo l'esame del sangue 6 volte al giorno in individui ai quali si somministravano 30-50 grammi di pane alle ore 8 e 13.

Le oscillazioni giornaliere nei normali sono insignificanti. La curva dei valori segna piccole punte dopo i pasti.

Nelle forme di diabete leggero, che talvolta decorrono senza glicosuria, la curva antimeridiana manca di oscillazioni e può anche decorrere abbassata: dopo il secondo pasto pomeridiano si ha una punta molto alta, la quale si riabbassa verso la notte.

Noorden dà con l'intervallo di un'ora 25, 50, 75 e 100 gr. di pane bianco che nei sani non producono alcun aumento del tasso glicemico, il quale invece si verifica negli individui per ereditarietà predisposti al diabete.

Staub ha determinato le variazioni del tasso glicemico in seguito all'ingestione a digiuno di glucosio, che nei normali in rapporto alla quantità ingerita dà un rapido aumento del tasso glicemico. Bastano 5-10 gram-

mi a dare un netto sollevamento, che è sempre più sensibile in relazione alla quantità di glucosio ingerita.

Somministrando verso le 7 del mattino 30 grammi di glucosio si ha subito una punta iperglicemica che raggiunge il suo apice dopo una mezz'ora circa, per poi discendere anche al disotto del normale.

Questa forma difasica con sollevamento iperglicemico ed abbassamento ipoglicemico è molto caratteristica, e si spiega con il fatto che immediatamente dopo la somministrazione dello zucchero ossia nella fase iperglicemica ascendente si ha, allo scopo di ristabilire l'equilibrio, una iperproduzione d'insulina che fa abbassare il tasso glicemico al disotto del normale. Ciò depone per la perfetta integrità funzionale dell'apparato insulare.

Al riguardo è a notare che una seconda somministrazione di zucchero a distanza di un'ora circa dalla prima provoca un aumento della glicemia di gran lunga inferiore alla prima, il che prova che la carica d'insulina del sangue conseguente all'iperattività reattiva delle isole di Langerhans è sufficiente a neutralizzare lo zucchero successivamente ingerito.

È interessante il fatto che le stesse curve si hanno nel diabete renale.

Invece nel diabete vero il contegno della glicemia in seguito alla somministrazione delle stesse dosi di glucosio è diverso.

Il primo sollevamento è più alto e più persistente e non è seguìto da un abbassamento al disotto dell'abituale; ed in seguito alla seconda somministrazione di zucchero si ha un sollevamento ancora più alto del primo.

Ciò prova l'incapacità dell'apparato insulare ad adattare la propria funzione alle varie esigenze.

Va infine notato che la stessa prova del glucosio dà negli individui normali valori diversi a seconda che si tratta di sangue venoso o di sangue capillare (l'iperglicemia è minore nel sangue venoso), nei veri diabetici questa differenza è minore e scompare del tutto nelle forme gravi.

Ciò proverebbe che nei diabetici c'è da parte dei tessuti un'incapacità a bruciare lo zucchero circolante. DR.

Le albumine del siero nel diabete consuntivo.

(F. RATHERY e LEVINA. *Paris Médical*, 2 maggio 1931).

Gli AA. hanno studiato in un certo numero di diabetici lo stato delle albumine del siero. Si trattava in tutti i casi di malati affetti da diabete consuntivo grave, qualcuno anche in istato precomatoso, mai però in coma completo.

Gli AA. hanno trovato che nel diabete consuntivo grave il tasso globale delle albumine è un po' più elevato che normalmente; la globulina dà ordinariamente un tasso superiore alla norma. Dal tasso delle albumine globali non si può trarre alcuna deduzione sulla intensità del disturbo del metabolismo. Per contro, sembra che il tasso della globulina sia elevato sopratutto nelle forme gravi.

L'insulina, quando esercita un'azione netta, produce un abbassamento del tasso delle albumine globali, tanto più spiccato quanto più netto è il suo effetto terapeutico.

L'insulina agisce poco sul tasso della sierina; abbassa invece quello della globulina, tanto più quanto più il miglioramento prodotto è stato netto. C. TOSCANO.

ORGANI RESPIRATORI.

Il trattamento delle suppurazioni polmonari.

(J. SCOTT PINCHIN e V. MORLOCK. *Practitioner*, sett. 1931).

La suppurazione polmonare, comprendendo con questa denominazione generica tutte le condizioni suppurative della trachea, dei bronchi grossi e piccoli e del parenchima polmonare presenta spesso grandi difficoltà di diagnosi e di cura e richiede una grande ponderatezza di giudizio allo scopo di permettere al paziente di potere usufruire delle sue forze naturali, aiutandolo con i mezzi medici, senza ritardare l'eventuale intervento chirurgico quando si riconosca necessario.

Malgrado i grandi progressi realizzati nella chirurgia toracica, questa ha il grande svantaggio di lavorare in cavità chiusa più o meno rigida, che le operazioni plastiche più estese non possono obliterare completamente. Si aggiunga che è contrario alla natura l'asportazione di organi dal torace come pure l'introduzione di corpi estranei per prenderne il posto, sicchè tanto la pneumolisi quanto l'introduzione di olio al gomenolo possono essere seguiti da suppurazione o da espulsione.

Si comprende che, limitando forzatamente il campo delle applicazioni chirurgiche, si dovranno soprattutto studiare i metodi conservativi di trattamento.

EZIOLOGIA.

Tracheite suppurativa e bronchite. — La linea di demarcazione fra infiammazione acuta e suppurazione è molto sottile, sicchè è da meravigliarsi che l'infezione porti solo raramente alla suppurazione; forse ciò è dovuto all'azione ciliare della mucosa bronchiale. La infezione influenzale raramente è seguita da suppurazione della trachea, dei bronchi o dei polmoni; in qualche caso si può vedere l'espettorazione di grande quantità di pus

non aereato di origine pneumococcica, che può dare l'impressione dello svuotamento di un empiema; ma in tali casi, non si hanno che dei segni di bronchite che cessano in pochi giorni. Se invece non si hanno miglioramenti, la suppurazione può danneggiare la mucosa, le pareti possono infettarsi e dilatarsi fino a dare la bronchiectasia.

Bronchiectasia. — La causa più comune è quella sopra accennata, per le lesioni portate da una polmonite acuta o da una broncopolmonite; occasionalmente, può essere data da un corpo estraneo.

Nella forma bilaterale, il punto di partenza è dato da una broncopolmonite o da una bronchiolite basale; si osserva specialmente nei giovani, con lievi segni di dilatazione ad entrambe le basi, spesso con l'anamnesi di attacchi ricorrenti di polmonite e con l'isolamento in cultura pura di un agente infettante. La mucosa bronchiale diventa turgescente al disopra del punto infiammato ed ostacola la libera espulsione delle secrezioni, sicchè la parte sottostante si dilata; la perdita del riflesso alla tosse e l'infiammazione secondaria completano il quadro.

Ascesso polmonare. — La causa più comune è un'infezione respiratoria acuta; non si può dire se sia la condizione pneumonica che porta alla polmonite suppurativa o viceversa. Nell'influenza, dopo un attacco relativamente lieve, ma con molta tosse, verso il 7°-10° giorno dopo una leggera emottisi, si ha l'espettorazione di catarro puzzolente seguita da guarigione.

Nella polmonite suppurativa, il parenchima polmonare è infiltrato di pus ma non desintegrato; una zona di tal fatta ha la potenzialità di guarigione e si trova alla periferia dell'ascesso e delle dilatazioni bronchiali.

Altre cause dell'ascesso sono le operazioni fatte sotto anestesia, specialmente sulle vie respiratorie; anche i corpi estranei possono dar luogo a formazione di ascesso e così pure le ostruzioni bronchiali, da ultimo sono da menzionare i traumi.

SINTOMATOLOGIA E DIAGNOSI DIFFERENZIALE.

Negli ascessi polmonari si ha in precedenza una malattia respiratoria acuta, seguita da febbre, dolore toracico e tosse, dapprima secco e poi con espettorazione di sputo purulento, generalmente associata ad emottisi lieve. È la comparsa dello sputo purulento che fa porre la diagnosi; generalmente, ma non sempre, esso è anche abbondante e di odore ripugnante.

Non vi sono segni fisici dell'ascesso: vi è generalmente addensamento polmonare, talora formazione di cavità e non raramente segni da parte della pleura (versamento liquido o purulento). La condizione può essere confusa con la *tubercolosi*, ma se questa è giunta allo stadio di dare dello sputo purulento, non mancano i bacilli. Altre cause di confusione sono: il *neoplasma polmonare* (esame broncoscopico, eventualmente iniezione di lipiodol, presenza di metastasi); *le gomme* (reazione di Wassermann, esame dello sputo); l'*empiema interlobare* (segni fisici in corrispondenza del setto, esame radiologico); *bronchiectasia* (lunga storia, per lo più con assenza di febbre, inframezzata da periodi di temperature elevate quando vi è ritenzione dello sputo, assenza di leucocitosi, iniezioni di lipiodol, esame broncoscopico). La broncoscopia e l'esame radiografico col lipiodol saranno assai utili per differenziare il tipo di suppurazione.

TRATTAMENTO DELLE CONDIZIONI SUPPURATIVE.

Bronchite e tracheite suppurativa. — Uso del broncoscopio, drenaggio, introduzione di olî antisettici (gomenol al 10 %) o pulizia con antisettici.

Bronchiectasia emorragica secca od atelettasica. — Raramente vi è bisogno di trattamento, eccetto al tempo delle emottisi.

Bronchiectasia apicale. — Per la sua posizione tende a tenersi drenata e raramente diventa molto infetta; trattamento come per la seguente.

Bronchiectasia basale poco estesa. — Generalmente bilaterale, in individui giovani, per i quali si esita a proporre la frenicoexeresi.

Gli AA. consigliano l'iniezione di lipiodol ogni 3-4 settimane in modo da lavare la dilatazione; se si è isolato un germe in coltura pura, preparazione di un vaccino autogeno, specialmente allo scopo di prevenire i frequenti attacchi pneumonici.

Bronchiectasia estesa. — Può essere divisa in due gruppi:

1) con sputo puzzolente, ma non mai ritenuto, raramente febbre e pochi sintomi tossici. Drenaggio di posizione, disinfettanti (creosoto od altro) per bocca; camera a creosoto, occasionalmente iniezioni di lipiodol. Eventualmente aggiungere il drenaggio broncoscopico e le lavature;

2) In altri pazienti, la bronchiectasia è accompagnata da accessi febbrili e da notevoli sintomi tossici. Oltre al drenaggio di posizione, si farà quello broncoscopico, con lavature; le istillazioni di gemenol sono utili perchè aiutano l'emissione dello sputo;

3) I casi più gravi sono quelli in cui i sintomi sono più marcati e lo sputo tanto puzzolente da farli sfuggire come dei lebbrosi, sicchè questi malati si sottoporrebbero a qualunque rischio pur di guarire.

Si procederà passo passo; dapprima con la terapia compressiva, per arrivare fino alla lobectomia col termocauterio, attendendo un certo tempo fra l'uno e l'altro intervento.

Si incomincierà col pneumotorace artificia-

le, eventualmente cauterizzando le aderenze che impediscono un sufficiente collasso. Il pericolo del pneumotorace è che si sviluppi un piopneumotorace.

In seguito, o subito se si crede inutile il solo pneumotorace, si farà la frenico-exeresi che, nelle forme basali dà dei veri successi. Se invece il risultato è parziale, si andrà avanti con la toracoplastica a cui si farà eventualmente seguire la lobectomia, intervento grave che in qualche caso è seguito da successo specialmente nei bambini.

Ascesso polmonare. — Come per la bronchiectasia, la condizione *sine qua non* del trattamento è un buon drenaggio, che si farà esterno se non si può ottenere per le vie naturali. Nel 40-50 % dei casi, però, una volta stabilitasi la comunicazione col bronco, basterà il trattamento medico.

Questo consiste nel sostenere le condizioni generali, specialmente del sistema cardiovascolare, nel dare degli espettoranti, evitando in modo assoluto i calmanti e facendo grande attenzione al drenaggio di posizione ed alle regole igieniche generali come per la tubercolosi.

Importante è il drenaggio broncoscopico seguìto da instillazioni di gomenolo; esso va continuato a lungo, almeno 8-12 settimane.

Fra i medicamenti è stata consigliata l'emetina (a dosi di 5 cg. al giorno, per 8-12 giorni) che in molti casi però è del tutto inefficace. Se nello sputo si sono trovate delle spirochete, sono raccomandabili le iniezioni endovenose di preparati arsenicali.

Il trattamento medico è anche utile perchè nel frattempo l'ascesso si delimita bene e si fa più accessibile all'eventuale intervento.

Quando l'ascesso è bene delimitato, si drena bene attraverso i bronchi ed è situato in vicinanza delle radici polmonari, il *pneumotorace artificiale* mantenuto per alcuni mesi può spesso portare la guarigione; il pericolo maggiore è dato dalla possibilità del piopneumotorace; in 3 su 4 casi degli AA. si ebbe però la guarigione anche dopo questa complicazione che, anzi, da altri autori viene ritenuta favorevole perchè si ottiene in tal modo un migliore drenaggio.

Raramente si potranno ottenere buoni risultati con la frenico-exeresi o la toracoplastica. Il migliore procedimento consiste nel drenaggio esterno praticato sotto anestesia locale. Lo si compie in due tempi; nel primo si esplora la pleura e, se si trova libera, si tampona la cavità in modo che si formino delle aderenze; dopo 4-6 giorni, si apre l'ascesso e vi si inserisce un drenaggio. È anche utile, in occasione del primo tempo, il resecare delle larghe porzioni delle costole vicine. Se, al primo tempo, si trova la pleura bene aderente, si può aprire senz'altro l'ascesso.

Gli AA. insistono però sull'utilità del drenaggio bronchiale mediante il broncoscopio; per questo, non è necessaria l'anestesia generale, basta quella locale con della cocaina e la somministrazione di piccola dose di morfina ed atropina. *fil.*

Trattamento delle infezioni chirurgiche e particolarmente delle infezioni bronco-polmonari postoperatorie coi lisato-vaccini.

(LEJARS BROCQ e DUCHON. *Bull. Mém. Soc. Nat. Chir.*, n. 9, 11 marzo 1931, p. 380).

Il principio in cui si basa tale vaccinoterapia è quello delle utilizzazioni delle proprietà batteriologiche del bacillo piocianeo.

L'azione di questo verso i germi patogeni è innanzi tutto puramente battericida, di poi litica; inoltre neutralizza le tossine microbiche.

L'attività batteriolitica del B. piocianeo è estesa, poichè essa si esplica in numerosi germi patogeni.

È stato specialmente usato il lisato polimicrobico, che è stato già adoperato da Lapointe nelle infezioni polmonari postoperatorie.

Gli AA. fanno presente che la flora batterica in queste complicanze è possibile: stafilococchi, streptococchi, pneumococchi. B. di Pfeiffer M. *catharralis*, a volte *proteus vulgaris*.

Su tali principi gli AA. trattarono negli ultimi 4 anni 70 casi di complicanze broncopolmonari postoperatorie con lisato-vaccino polimicrobico. Essi ottennero con questa sola terapia la guarigione in tutti i casi meno che in 4, ottenendo fenomeni risolutivi delle lesioni parallele alla somministrazione del vaccino.

A proposito della liso-vaccinoterapia delle infezioni da streptococco e da stafilococco innanzi tutto ricordano la precedente comunicazione fatta con Bezançon in 132 casi di infezioni chirurgiche varie trattate con tale mezzo.

A tale gruppo di osservazioni aggiungono altri 61 casi: in questo numero di osservazioni complessive di 143 si ebbe morte in 4 casi, dei quali 2 erano dovuti a germi anaerobici.

Una particolare importanza attribuiscono a tale terapia nelle infezioni gonococciche, specialmente per le complicanze.

Tale terapia si pratica iniettando 1 cmc. a giorni alterni dalla 5ª iniezione in poi. In genere non si superarono 12 iniezioni. La vaccinazione deve essere continuata fino ad estinzione del proceso infettivo.

JURA.

L'ATTUALITÀ MEDICA

Le controversie sulla prevenzione del tetano.

(H. GOLDEWSKI. *Le Jour. Méd. Français*, n. 7, luglio 1931).

Per ogni ferita sospetta di poter conservare dei germi nocivi, è al chirurgo che ci si deve anzitutto affidare per la migliore assicurazione contro i rischi dei pericoli ulteriori. La sieroterapia è una specie di controassicurazione secondaria..., e disgraziatamente assai temporanea, così temporanea che la vaccinazione antitetanica è una seconda controassicurazione che si tende ad aggiungere ad essa per premunirci contro gli scoppi tardivi del tetano, casi frequenti, inattesi e temibili.

Cioè prima di tutto i mezzi chirurgici, poi il siero che è un mezzo di prevenzione di efficacia transitoria, e il vaccino che crea una immunizzazione a distanza.

Le vere ragioni della discordanza sull'efficacia del siero antitetanico dipendono dalla durata effimera dell'azione di questo siero.

Le sue proprietà furono conosciute fin dalle sue origini, e non bisogna domandare a queste proprietà che ciò che esse possono offrire: una protezione temporanea, utile in certe condizioni, di eventualità clinica, e di frequenza epidemiologica del tetano.

Behring e Kitasato avevano stabilito che il sangue del coniglio reso refrattario al tetano è capace di distruggere le tossine tetaniche. Fu questa scoperta, che unita a quella simile per la difterite condusse alla sieroterapia. Il siero antitetanico, va ricordato, è un siero antitossico, non ha alcun valore antimicrobico. Kund Faber non era riuscito a immunizzare gli animali con la tossina antitetanica da lui scoperta nel 1890. Vi riuscì invece Vaillard con la stessa tossina attenuata col calore. Poi si passò con migliori risultati a tossine mescolate con liquido jodo-jodurato. Nel 1909 Löwenstein sostituì a questi il formolo. Oggi le condizioni di tecnica sono ancora migliorate con la scoperta della anatossina di Ramon: questa risulta da un processo di attenuazione delle tossine per opera combinata del calore e del formolo, che forma degli anticorpi molto più maneggevoli e di valore immunizzante più elevato.

Il siero antitetanico fu usato a scopo preventivo in Francia nel 1893. Roux e Vaillard ne fissarono le prime regole di applicazione. Pietro Bazy, chirurgo di Bicêtre, ne ebbe splendidi risultati. Già Nocard però nel 1897 insisteva su due necessità: pulizia scrupolosa della ferita infetta, e reiniezione del siero. Sorsero ben presto controversie e gravi discussioni. Delbet nel 1907 asserì che il tetano non era diminuito dopo l'uso del siero. Vaillard rispose che ciò dipendeva dall'essere esso insufficientemente diffuso e applicato. Reynier all'Accademia Francese affermò che il siero non impedisce il tetano perchè questo scoppia talora tardivamente nonostante l'iniezione preventiva di siero. Vaillard rispose che l'anatossina sparisce presto e che le spore possono germogliare tardi. Questa era la discussione prima della guerra del 1914, che con la sua immane esperienza chiarì molti punti prima controversi.

Luigi Bazy e Descombey hanno dimostrato che nell'uomo la velocità di eliminazione della antitossina è notevole; essa avviene in otto o quindici giorni in media. Praticamente, l'immunità conferita si attenua dal decimo giorno ed è terminata al venticinquesimo. Ciò porta al concetto che sarebbe necessaria una nuova iniezione alla fine della prima settimana ed a ripetizione ulteriore settimanale.

Alla Société de chirurgie una commissione composta di Broca, Sieur, Walter e Souligoux concluse per l'opportunità e non per la necessità della reiniezione preventiva.

Per essere efficace, il siero deve dunque essere iniettato precocemente, in quantità sufficientemente abbondante, e rinnovato almeno una volta, otto o dieci giorni dopo, ogni volta che lo richieda la gravità della ferita.

Dopter, come direttore del servizio di sanità al ministero della guerra scriveva: « L'esperienza acquistata durante la guerra ha dimostrato che una ferita può, malgrado la sieroterapia specifica, nascondere delle spore tetaniche viventi, suscettibili di germinare, e di provocare il tetano anche dopo un periodo prolungato. La latenza della infezione tetanica sorpassa tutto quello che si può immaginare. Quindi le stesse reiniezioni di siero possono mostrarsi impotenti.

Fortunatamente le statistiche attuali, come le osservazioni ospedaliere, e le pratiche sia in città che in campagna, mettono in evidenza la rarità del tetano al di fuori delle zone tetanigene.

Tra le ragioni di scacco segnalate da tutte le parti Luigi Bazy dà una parte importante all'uso abusivo del siero equino fatto senza discernimento. In fatti, l'introduzione nell'organismo di albumine eterogenee provoca fin dalla prima volta la produzione di una funzione antisiero, tale che quando si praticano delle iniezioni seriche nuove, l'azione protettrice del siero diminuisce e tende finalmente a divenire nulla. L'uso troppo facile del siero, per cura di emorragie, anemie, ecc., mette il paziente, dice Marfan, in stato d'inferiorità per il giorno in cui avrà bisogno di una sieroterapia specifica. Questa sensibilizzazione può aversi anche per via buccale; testimoni i numerosi casi di orticaria per ingestioni di sieri equini, onde Bazy Luigi dice che si dovrebbe riservare il siero ai soli casi in cui esso è il rimedio eroico indispensabile, e proscriverlo

in tutti gli altri. Tanto più che la sieroterapia non è poi sempre e totalmente innocua, e non è raro di osservare degli accidenti anafilattici abbastanza seri di cui si deve pure tenere conto (Faure). Tra questi accidenti meritano mensione le paralisi seriche, di cui è difficile per ora stabilire la percentuale di frequenza.

L'orticaria, le artralgie, gli eritemi tossici possono venire trascurati, ma non si può eludere alla realtà penosa e grave delle paralisi che, possono lasciare una impotenza funzionale assai lunga, talora definitiva, e possono sopravvenire per iniezioni antitetaniche fatte per ferite minime.

Aggiungasi che recentemente si sono descritti anche, come consecutivi a iniezioni di siero, disturbi renali gravi. Tzanck ha descritto (*Soc. méd. hôp.*, 5 giugno 1931) sei casi di nefriti anafilattiche con albuminuria, ematuria ed anuria di cui uno che ha durato sei giorni con azotemia sorpassante i 5 grammi.

Contro questi incidenti possediamo i metodi di antianafilassi tra cui classico è quello di Besredka, ma recentemente ha preso ancora maggiore importanza l'uso del siero purificato. Questo si ottiene con una serie di precipitazioni chimiche e di trattamenti fisici, grazie ai quali si eliminano la più parte delle albumine seriche, cosicchè le antitossine non sono solo purificate ma concentrate. Questo rappresenta certo un pericolo minore. Importanza grande ha pure il metodo di Netter con l'uso del cloruro di calcio, e quello di Legrand che utilizza la pancreatina ad alte dosi (1,50 gr. fino a 2 gr.). L'avvenire tuttavia sembra riservato ai metodi biologici che permetteranno di svelare praticamente presso il soggetto da iniettare le possibilità della loro sensibilizzazione individuale.

Hartmann all'Accademia di Medicina di Parigi il 3 febbraio u. s. pose questa domanda: «In quali casi un medico è obbligato a fare una iniezione antitetanica? ». Gosset riassunse le conclusioni della commissione in questa maniera: « La prevenzione antitetanica iniziale più efficace e più importante consiste nell'opera chirurgica di pulizia, disinfezione, sbrigliamento ed allontanamento dei corpi estranei dalla ferita ».

Ciò deve essere precoce; per le ferite sporche di terra, o aventi sede ai piedi o sotto ungueali la sieroterapia preventiva è indicata. Il medico è al contrario autorizzato ad astenersi dalla sieroterapia nelle ferite superficiali facili a pulirsi, nelle ferite senza corpi estranei, e non sporche di terra. La sieroterapia poi si deve sempre applicare nelle zone tetanifere.

Tuttavia il siero, eccellente per coprire i rischi immediati, non può più bastare per tutelare dai rischi lontani, tardivi. Contro di questi è necessaria la vaccinazione.

Di questa si occupa in un interessante articolo Louis Bazy (*Le Jour. méd. Franç.*, n. 7, luglio 1931). Egli asserisce che la sieroterapia preventiva del tetano è efficace, ma non sempre; in primo luogo per la persistenza del focolaio tetanigeno; in secondo luogo perchè la resistenza della spora tetanica è più lunga della immunità conferita dal siero.

Il siero ha il vantaggio della immediatezza della azione, ma ha il danno della azione passeggera. A ciò si può ovviare con il ripetere le iniezioni di siero, ma ciò crea la comparsa nell'organismo di una *funzione antiserum* che a misura che le iniezioni si ripetono, fa sì che esse abbiano un effetto sempre più passeggero fino a non averne più.

Fin dal 1917 Bazy Luigi e M. Vallée posero le basi scientifiche della vaccinazione antitetanica. Essi fin da allora dicevano: se si desidera una azione rapida ed immediata si deve ricorrere al siero; per evitare invece una minaccia prolungata si deve ricorrere al vaccino. La sieroterapia non potendo rispondere in tutti i casi, essi proposero e applicarono una siero-vaccinazione, essendo stato dimostrato che l'iniezione preventiva del siero non impedisce lo sviluppo della immunità vaccinale. Il vantaggio della vaccinazione sulla sieroterapia è che essa può essere indefinitamente rinnovata, senza che si abbassi l'immunità che essa conferisce, anzi al contrario.

È difficile chiudere in formule strette le indicazioni rispettive della sieroterapia e della vaccinazione. Il medico di buon senso si ricorderà che tutte le volte che vi è possibilità di tetano, una iniezione preventiva di siero è raccomandabile: che questa iniezione non ha, disgraziatamente, che un effetto passeggero, e che, siccome il rinnovamento delle iniezioni non è senza inconvenienti, sarà sempre indicato, quando si avranno delle ragioni di supporre che i rischi del tetano possano essere prolungati, di completare l'azione passeggera del siero, con quella durevole del vaccino.

L. Tonelli.

CENNI BIBLIOGRAFICI

Ergebnisse der gesamten Medizin. Vol. XVI. Un vol. in-8° di 592 pagg., con 51 fig. e 2 tav. a colori. Urban & Schwarzenberg, Berlin, 1931. Prezzo RM. 30.

Come al solito, questi « Ergebnisse » diretti da Th. Brugsch, si presentano molto interessanti, sia per la natura dei problemi considerati, sia per l'ampio e completo sviluppo della trattazione. Diamo l'elenco dei lavori contenuti in questo volume.

La febbre dengue (A. FLOROS); *Considerazioni sulla retrocessione delle nascite* (K. FREUDENBERG), problema di alto significato demografico; *Novità sulla narcosi* (A. RÜTZ); *Eziologia e terapia della polmonite* (A. SYLLA); *L'iniezione endovenosa* (K. ENGEL e T. EPSTEIN); *Cefalea ed emicrania* (H. CURSCHMANN); *Il giudizio sulle lesioni prodotte dai raggi X* (H. LOSSEN); *Clinica e terapia delle annessiti* (C. RUGE); *Biologia e clinica dell'infezione da ascaridi* (E. GRAU); *Diuresi e diuretici* (P. SAXL e O. ERISBACHER); *L'agranulocitosi* (W. GRUNKE); *Risultati attuali e valore clinico della gastroscopia* (N. HENNING). Ognuno di questi lavori costituisce una completa monografia perfettamente aggiornata sull'argomento trattato. *fil.*

R. GLÉNARD. *Réactions vaso-motrices du foie en clinique.* Un vol. in-16° di pagg. 237, con 19 figg. e 4 tavv. Gaston Doin, ed. Paris, 1931. Prezzo Frs. 30.

Il fegato è una spugna di cui il volume, la forma e la consistenza sono strettamente legate allo stato dei vasi, i quali, a loro volta, rispondono continuamente alle più svariate eccitazioni umorali e vaso-motorie.

L'A. considera essenzialmente la congestione attiva, la retrazione e l'epatoptosi, sindromi appartenenti alla stessa famiglia morbosa, che egli considera partitamente ed in un quadro d'insieme.

Fra i diversi esami per l'esplorazione clinica del fegato, l'A. dà grandissima importanza alla palpazione col *metodo del pollice*, da lui escogitato e minuziosamente descritto, col sussidio di figure e schemi.

Espone chiaramente la semeiologia clinica e la terapia delle reazioni vasomotrici del fegato sopra accennate, considerando egli come tale anche l'epatoptosi. *fil.*

F. ROBERT. *Eléments de sémiologie médicale.* Un vol. in-8° di 718 pag. con 61 fig. e 24 tav. in colori. O. Doin, Paris, 1931. Prezzo frs. 90.

Con grande semplicità e chiarezza, l'A. descrive in questo libro il modo di raccogliere l'anamnesi, il metodo di esame, in cui nulla è trascurato di ciò che può essere utile per la diagnosi.

La tecnica di esplorazione dei varî organi e sistemi è presentata con tutti i particolari necessari al principiante; per quanto riguarda lo studio funzionale dei visceri, l'A. non riporta che i metodi di analisi che possono usarsi al letto del malato, senza bisogno di laboratorio.

La semeiologia di certi organi, come il fegato, il pancreas, la milza, ecc. è preceduta da alcuni cenni essenziali di anatomia e fisiologia degli organi stessi. Larga parte ha fatto l'A. al sistema nervoso, tenendo soprattutto conto dei progressi realizzati in questi ultimi tempi nella patologia di tale sistema. Egli ne descrive accuratamente l'anatomia e la fisiologia, con numerosi schemi in nero ed a colori, che facilitano la comprensione del testo. Le nuove sindromi nervose vi sono descritte con chiarezza.

Questi « Elementi di semeiologia » sono destinati ad essere un vero *vade mecum* per lo studente negli ospedali e saranno ugualmente assai utili ai medici che desiderano ricordare, rinfrescare ed aggiornare le nozioni di semeiologia. *fil.*

TRIBUNA LIBERA

R. CLINICA MEDICA DI GENOVA.

Breve replica al dott. Sorge sulla questione dell'azione dell'insulina sulle soglie renali.

Dott. M. BUFANO, aiuto e docente.

All'ultima nota del dott. Sorge, comparsa nel n. 48 di questa rivista replico brevemente:

1) Mi sono affrettato a precisare le mie idee sull'azione dell'insulina sulla soglia renale al glicosio, solo perchè il dott. Sorge dimostrava di non averle riferite con sufficiente precisione. Rimando al mio lavoro originale comparso su *Riforma medica* (n. 19 di quest'anno).

2) Queste mie idee non suonano affatto « conferma dei risultati e delle concezioni » del Sorge, come questi afferma nell'ultima sua nota.

3) Per noi il concetto di *soglia renale* è un concetto preciso, esprimente la concentrazione minima di una sostanza nel sangue a cui avviene il passaggio di essa nelle urine. Ed un ormone od un farmaco modifica direttamente la permeabilità renale verso una sostanza solo quando agisce esso localmente sul rene e non quando provoca nell'organismo il sorgere di altri fattori che sono quelli che poi agiscono sul rene.

4) Prendo atto di ciò che l'A. ha detto fin dalla sua prima nota, che cioè « l'azione dell'insulina sulle soglie renali deve considerarsi come un'azione indiretta, esercitandosi sugli apparati extrarenali che governano od influenzano i fenomeni secretori ». Azione indiretta dunque. Cominciamo ad andar d'accordo. La mia nota a cui Sorge ha replicato aveva anche lo scopo di dimostrare che i fatti da lui osservati erano dovuti ad influenze indirette dell'insulina.

5) L'influenza diretta dell'insulina su qualsiasi funzione si deve osservarla solo durante l'azione dell'ormone e non dopo la « sospensione » della somministrazione di essa, come il Sorge stesso afferma di aver fatto. Dai dati di fatto ricavati dal Sorge si può solo concludere sulle modificazioni della soglia renale dopo un trattamento insulinico, e non sull'azione dell'insulina sulle soglie renali. Non è pedanteria, ma precisa enunciazione di fatti e di concetti.

Et de hoc satis.

Genova, 1 dicembre 1931-X.

R. CLINICA MEDICA DI CATANIA.

Chiusura dell'incontro polemico col prof. Bufano sull'azione dell'insulina sulle soglie renali.

Dott. G. SORGE, assistente.

Non ritengo di dover aggiungere nulla in risposta all'ultima replica del Bufano, in quanto i lettori potranno trovare tutti gli elementi adatti a farsi un'idea sulla questione nelle note già pubblicate. Che sono, per precisare:

1) SORGE. Bollettino della Società Ital. di Biol. Sperim., vol. V, fasc. 5, 1930.
2) SORGE e IACONO. Ibid., vol. VI, fasc. 6, 1931.
3) BUFANO. Riforma Medica, 1931, n. 19.
4) SORGE. Policlinico, Sez. prat., 1931, n. 36.
5) BUFANO. Ibid., n. 43.
6) SORGE. Ibid., n. 48.
7) BUFANO. Ibid., 1932, n. 1.

Catania, 15 dicembre 1931-X.

Ancora su " La ricerca del parassita malarico col metodo dell' arricchimento ,,.

In seguito alla pubblicazione della mia nota dal titolo su riportato (questo periodico, 1931, N. 42) il prof. S. Sereni (N. 46) fa rilevare di avere per il primo proposto, fin dal 1907, un metodo analogo, diretto a facilitare la ricerca del parassita malarico. Presa visione del lavoro citato dal Sereni, sono lieto di riconoscergli tale priorità. Non posso a meno di aggiungere che il metodo proposto dal Sereni meritava, per la semplicità ed utilità, una pratica applicazione ed una diffusione molto maggiori di quanto abbia ottenuto. La pubblicazione del Sereni, infatti, come l'A. stesso osserva, ha avuto pochissimo seguito, tanto da essere sfuggita alle ricerche bibliografiche che io non avevo trascurate. D. GALLETTI.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta del 25 luglio 1931.

Presiede il prof. S. BAGLIONI, presidente.

Le modificazioni della pressione capillare, arteriolare e venulare nell'uomo sotto l'azione di sostanze diverse.

Dott. V. SERRA e M MARCHIONNI. — Gli OO. hanno studiato sistematicamente le tre pressioni periferiche su un largo numero di malati; e ne hanno saggiato le modificazioni sotto l'azione di due sostanze ad azione vasocostrittrice (adrenalina e pituitrina), e di due ad azione vasodilatatrice (istamina e acetilcolina), il cui equilibrio regola — in condizioni normali — lo stato del circolo periferico. Gli OO. riferiscono sui risultati ottenuti provocando — con l'iniezione, a volta a volta di una di tali sostanze — l'alterazione di cotesto equilibrio di regolazione chimica, e si soffermano su alcuni punti più discussi di fisiopatologia vasale.

Contributo allo studio del meccanismo patogenetico delle manifestazioni cutanee nella malaria.

Dott. V. SERRA. — L'O. ha studiato sistematicamente la resistenza, la permeabilità, e la forma

dei capillari cutanei, seguendo il metodo della « capillariscopia combinata » già da lui altre volte seguito. Egli ha trovato una permeabilità aumentata del 93 % dei casi, una resistenza diminuita nel 50 % circa dei casi, ed un complesso di alterazioni morfologiche, che parlano per una ipotonia vasale periferica. Questo fatto è dall'O. messo in rapporto con la distonia vegetativa, che domina nella malaria. L'O. ritiene che questo stato di ipotonia vasale periferica abbia larga parte sul meccanismo delle manifestazioni cutanee (dagli esantemi alle emorragie), che caratterizzano talora il decorso dell'infezione malarica). (Il lavoro per esteso è pubblicato in « Riv. di Malariol. », n. 4, 1931).

Sulla presenza di osso in rene uronefrotico calcoloso.

Dott. V. Lozzi. — L'O. dopo aver ricordato le ricerche di Sacerdotti e Frattin, e di Huggius sulla formazione di osso eteroplastico nei reni, in cui sia stato leso il peduncolo vascolare, e dopo aver brevemente esaminati i casi descritti nella letteratura medica, riferisce un caso personale.

In questo si trattava di un rene con una uroematonefrosi parziale calcolosa, in cui esisteva un calcolo attaccato al tessuto sclerotico renale per mezzo di un peduncolo osteofibroso. La formazione dell'osso si spiega tenendo presenti le ricerche di Sacerdotti e Frattin, completate da quelle recenti di Huggius sull'importanza dell'epitelio della pelvi nella osteogenesi.

Dott. V. Lozzi. — *Uretere bifido bilaterale: contributo clinico.*

Un caso di mancanza del corpo calloso.

Prof. A. Giannelli. — L'O. illustra un caso di mancanza del corpo calloso, nel quale esiste un fascio bilaterale anomalo longitudinale, che è degenerato nella porzione anteriore. Degenerate sono anche le fibre della zona prefrontale. L'O. nega l'esistenza del fascio fronto-occipitale. (F. O.).

Elettrocardioscopio utile durante le operazioni chirurgiche.

Prof. G. Egidi. — L'apparecchio ed il funzionamento di esso sono stati descritti nel N. 51 del 1931. Partecipa alla discussione il prof. Baglioni.

Sulla cianosi.

Prof. G. Meldolesi e Dott. De Orchi. — Gli OO. hanno studiato in una numerosa casistica di cianotici i gas del sangue e la velocità di circolazione periferica. Nè il *deficit* di ossigeno arterioso notevole affermato come costante da Lundsgaart e v. Slyka, nè il rallentamento circolatorio periferico sono costanti nella cianosi, come non sono esclusivi di essa. Rallentamenti periferici notevoli, e *deficit* arterioso di entità sono stati osservati senza cianosi; come si sono osservati casi di cianosi con circolazione periferica accelerata, e *deficit* arterioso di ossigeno nullo o quasi. Nella cianosi invece sono costanti particolari aspetti capillariscopici, che sono osservabili esclusivamente nel momento e nel luogo della cianosi, e così pure stati di poliglobulia venosa. Nella patogenesi della cianosi ha notevole valore la componente periferica.

Prof. G. Meldolesi e Dott. Pons. — *Funzionalità circolatoria nel morbo di Flajani-Basedow.*

Prof. G. Meldolesi e Dott. Pons. — *Arteriosclerosi e gravidanze ripetute.*

La velocità di sedimentazione dei leucociti. Valore e importanza clinica della sedimentazione.

Dott. G. Manzini. — L'O. studia, con un nuovo metodo, la velocità di sedimentazione dei leucociti nel plasma ed in soluzione fisiologica. Le due curve di sedimentazione sono differenti; nel plasma la caduta dei leucociti è più rapida e più brusca che nella soluzione fisiologica e dopo 2 o 3 ore raggiunge il massimo. La sedimentazione manca nelle malattie di sangue, delle ghiandole a secrezione interna ed in quelle funzionali; è accelerata in tutti i processi infettivi tossici. La velocità di sedimentazione ha un valore diagnostico per differenziare una malattia funzionale da una forma organica, e sta sempre ad indicare la presenza nell'organismo di una lesione organica o di una infezione latente. La sedimentazione dei leucociti è legata alle modificazioni dei complessi anfolitici del plasma, che, modificando la loro carica elettrica, assorbendosi sui leucociti, e determinando lo spostamento del loro punto isoelettrico verso il Ph del plasma, ne provocano l'agglutinazione e la precipitazione.

La polipeptidemia.

Dott. C. Manzini. — L'O., dopo aver studiato l'azione dei varii dealbuminizzanti acidi, trova che il metodo Puech è il migliore per il dosaggio dei polipeptidi e lo applica allo studio della polipeptidemia. In condizioni fisiologiche e dopo un pasto ricco in proteine i polipeptidi mancano nel siero di individuo normale; nel sangue in toto invece si trova una leggera polipeptidemia, dovuta alla grande fragilità delle proteine globulari, agli agenti dealbuminizzanti. In condizioni patologiche la polipeptidemia è presente in tutte le affezioni febbrili gravi (tifo, polmonite, setticemia, tubercolosi, ecc.), che si accompagnano ad un certo grado di gravezza e deperimento è segno di gravità. Nel diabete leggero manca, mentre nel diabete medio e grave la iperpolipeptidemia è sempre presente. La sua presenza sta ad indicare la gravità delle alterazioni del metabolismo azotato, mentre invece l'azotemia e le cifre di azoto residuo sono normali. Nei tumori maligni l'iperpolipeptidemia è in rapporto alla loro diffusione ed è segno di gravità. Nel morbo di Bright si ha una iperpolipeptidemia solo nelle glomerulo-nefriti con ipertensione e nel rene sclerotico (secondario e primario). Nelle nefrosi, qualunque ne sia la gravezza, essa manca sempre. Nell'ipertensione essenziale pure manca. Nelle malattie di fegato si ha una leggera polipeptidemia, che però può anche mancare; la iperpolipeptidemia elevata si ha solo nella atrofia gialla acuta e quando alla insufficienza epatica si associa o un'alterazione del metabolismo tissulare o un insufficienza renale.

Dott. De Orchi e dott. C. Manzini. — *Sulla velocità di sedimentazione dei leucociti.* Nota II. *Differenza arterio-venosa nella sedimentazione dei leucociti e loro interpretazione.*

Il campo visivo nella semeiotica neuro-psichiatrica.

Prof. O. Parisotti. — L'O. si occupa del valore della periostometria nella semeiotica neuro-psichiatrica, insistendo sulla delicatezza della ricerca del campo visivo, sulle cause di errore e sul modo di evitarle, e dando suggerimenti circa gli apparecchi da preferire.

Il Segretario: G. Amantea.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

DALLA PRATICA CORRENTE.

Condotta Medico-Chirurgica di Serrastretta (Catanzaro)

I REPARTO.

Tubercoloma mammario d'origine costale

per il dott. TOMMASO MAZZEI, med.-chir.
Serrastretta (Catanzaro)

STORIA CLINICA. — M. M. fu Vincenzo, di anni 28, contadina, da Serrastretta (Catanzaro). Il padre morì all'età di 45 anni di broncopolmonite; la madre è vivente e sana; all'età di 40 anni fu operata di nefropessia. Ha 3 fratelli e 2 sorelle che godono ottima salute. Un fratello ed una sorella morirono in tenera età di malattie imprecisabili.

Le mestruazioni verificatesi all'età di 14 anni, si sono mantenute sempre regolari per qualità, per quantità e per durata.

Sposò a 20 anni; ha avuto 2 figliuoli che apparentemente sono sani.

Da circa 12 anni ha notato nella mammella destra verso il lato inferiore una tumefazione della grandezza di una nocciuola, alla quale non ha dato alcun peso, perchè di rado e dietro strapazzoso lavoro, le produceva delle punture e si accorgeva che aumentava di volume, mentre se stava a riposo ritornava ad impiccolirsi.

All'inizio del male ebbe febbre leggera che durò circa 3 mesi.

Donna bene sviluppata, un po' anemica, tipo eminentemente microsplancnico, sana in tutti gli organi ed apparecchi.

All'ispezione si nota la mammella destra leggermente aumentata di volume nel quadrante inferiore.

Alla palpazione si osserva una tumefazione della grandezza di una noce, di consistenza molle elastica, mobile in tutti i sensi, non dolente. La tumefazione non presenta rapporti col capezzolo; la pelle si solleva in pliche; si continua invece in profondità per mezzo di un cordone che ha impianto sulla quinta costola. La costola si presenta scabra, dolente. Nel resto il parenchima ghiandolare è normale. Vi è pronunziato ingorgo delle linfoghiandole sottoascellari del medesimo lato. Nelle altre regioni del corpo le ghiandole linfatiche sono sviluppate anch'esse, ma di meno.

La puntura esplorativa dà esito a liquido puriforme. Temperatura fisiologica. Reazione di Wassermann negativa, di Von Pirquet positiva.

L'esame radiografico del torace, eseguito presso il Gabinetto Radiologico dell'Ospedale Civile di Catanzaro, fa rilevare una caria della quinta costola e niente altro degno di nota.

In base al lungo decorso, ai risultati dell'esame clinico, radiografico e alle prove biologiche si deve ammettere la natura tubercolare del granuloma. Proposi allora alla paziente l'atto operativo, che venne eseguito il giorno 12 agosto 1928.

Incido con direzione ellittica in corrispondenza del quadrante inferiore della mammella destra, asporto il parenchima ghiandolare scavato da molte cavità anfrattuose, avvolte da fungosità e da tessuto caseoso e contenente liquido puriforme. Il granuloma lo asporto in toto, seguendo il suo lungo impianto sulla quinta costola, che si presenta erosa sulla faccia anteriore per la lunghezza di 2 centimetri, che scucchiaio; suturo il connettivo con catgut e la cute con graffette metalliche. Decorso post-operativo regolare. Tolgo i punti in settima giornata. Guarigione per prima intenzione. Allestisco diversi pezzi della massa granulomatosa per l'esame isto-patologico che viene eseguito dall'Istituto Ematologico C. Martelli di Napoli.

CONSIDERAZIONI.

Ho creduto giustificata la descrizione di questo caso di tubercolosi della mammella:

a) Per la sua rarità. Mi risultano descritti solo 101 casi di tubercolosi della mammella nella donna e 11 nell'uomo. Fin dal 1828 Velpeau, Cooper, Nelaton, ecc. ne diedero descrizione, fondando la diagnosi clinica sull'aspetto macroscopico. Solo nel 1881 Dubar ne descrisse le lesioni anatomo-patologiche e circa un anno dopo Ohnaker ne dimostrò l'etiologia con esperimenti sugli animali. Indi altri osservatori, specie in Italia, come Salomoni, Schifoni, Ceccherelli, Aloi, ecc. ne hanno dato pubblicazioni di altri casi. Certamente prima che tale malattia fosse diligentemente descritta, molti casi saranno passati inosservati o confusi per cancri, vero è però che la mammella non è localizzazione preferita dal bacillo di Koch.

b) Per le alterazioni anatomiche indotte dall'invasione del processo tubercolare. Il bacillo di Koch è arrivato alla mammella subdolamente per propagazione di un ascesso freddo di origine costale che ha impegnato i muscoli pettorali, si è localizzato nel cellulare lasso retromammario, poi si è propagato nel connettivo perilobulare e periacinoso ed ha finito col coinvolgere il parenchima, determinando un tubercoloma della mammella. Questa varietà di tubercolosi mammaria rappresenta una contiguità di processo e non una vera e propria entità morbosa. La maggior parte dei casi però si propagano per via sanguigna, quando esistono focolai specifici in altra sede, pochi casi si propagano per via linfatica. La via dei galattofori è calorosamente discussa.

c) Per i caratteri istologici e parassitologici. All'esame non si riconosce più nulla dell'architettura normale del parenchima ghiandolare; eccettuato qualche resto informe di tubolo. La massa dell'antico acino ghiandolare ha una costituzione nettamente granulomatosa, a contorni indecisi, bavosi non nettamente distinti dal parenchima sano. Vi si

riscontrano numerosi tubercoli ricchi di cellule giganti, le quali sono più numerose nella zona media che al centro, con abbondanti nuclei disposti a corona, mentre il protoplasma che si trova in necrosi contiene al centro bacilli di Koch morti. Notansi scarse cellule epitelioidi nella zona media, mentre nella zona esterna sonvi numerose le cellule linfoidi, qualche rara plasmacellula, pochi fibroblasti. Assai scarsi sono i vasi sanguiferi; in molti punti si notano focolai di caseosi e di necrosi.

d) Per la patogenesi. Il tubercoloma della ghiandola mammaria, da me descritto, è di genesi paracanalicolare, il quale ha avuto certamente origine dalla carie costale.

e) Per l'atto operativo. Ho creduto opportuno asportare chirurgicamente in toto il processo tubercolare sviluppatosi nel parenchima ghiandolare mammario; anzichè eseguire la solita cura medica conservativa, per evitare qualche eventuale recidiva. Infatti Le Fur dopo 20 anni fu costretto ad amputare per recidive a focolai multipli, una mammella trattata precedentemente con aspirazioni e iniezioni di liquidi modificanti.

RIASSUNTO.

Viene descritto un caso di tubercoloma della mammella originatosi da una carie costale:

Per la sua rarità: 101 casi nella donna, 11 nell'uomo; per le alterazioni anatomiche, che rendono irriconoscibile il tessuto normale del parenchima ghiandolare mammario, invaso dal processo tubercolare; per i caratteri istologici propri del tubercoloma; per la patogenesi, perchè il tubercoloma da me trattato è di genesi paracanalicolare; per l'atto operativo, poichè ho asportato chirurgicamente in toto il processo tubercolare, anzichè eseguire la solita cura medica conservativa, evitando in tal modo qualche spiacevole recidiva, infatti la paziente, che è stata rigorosamente sorvegliata sta benissimo.

CASISTICA E TERAPIA.

L'associazione della scarlattina con il morbillo.

L'associazione della scarlattina con il morbillo è un fatto raro tanto che fino alla fine del secolo scorso imperava la legge pronunciata da Hebra e da Trousseau, che non ammetteva la possibilità di uno sviluppo contemporaneo di due esantemi.

Il primo caso di associazione morbillo-scarlattina fu descritto dal Monti: altri furono in seguito descritti da numerosi autori. E. Gatto (*Gazzetta degli Osped. e delle Clin.*, 25 ott. 1931) ha avuto occasione di osservarne tre casi durante una epidemia di scarlattina occorsa in Mentana nel 1929.

Dall'esame clinico dei tre casi si rileva come l'associazione di una delle due infezioni non influenza per nulla i caratteri dell'altra. Se i periodi eruttivi delle due infezioni coincidono, si ha allora un esantema complesso risultante dalla mescolanza dei due esantemi. Se invece i periodi eruttivi si seguono, sia pure a brevissimo intervallo l'uno dall'altro i caratteri peculiari di ciascuno di essi vengono conservati non solo, ma s'iniziano rispettivamente dalle sedi, dove di solito suole avere inizio l'eruzione. Ognuna di queste due malattie segue il proprio andamento regolare e completo e così anche le complicanze speciali e le successioni morbose.

La diagnosi talora può presentare delle difficoltà insormontabili: più che l'esantema è il quadro sintomatologico complessivo che deve far fare la diagnosi. Impongono una diagnosi d'infezione morbillosa le manifestazioni catarrali con congiuntivite, coriza, bronchite, le macchie di Koplik che si presentano unicamente nel morbillo, il rimettere caratteristico della febbre al 2°, 3° giorno, la diazoreazione delle urine, i caratteri dell'esantema rosso vinoso e la comparsa d'esso dapprima al volto ed il diffondersi al resto del corpo, la desquamazione cruscacea. Parlano invece per l'infezione scarlattinosa i fatti tossici generali, la lingua a lampone, l'angina intensa, le tumefazioni ghiandolari, la febbre che non ha remissione prodromica, la sede d'inizio dell'esantema e i caratteri di esso (segni di Borsari, Rumpel Leede, Parten). La desquamazione è lamellare.

Importante e difficile è la diagnosi differenziale con l'associazione rosolia-scarlattina e quella con l'associazione scarlattina-eritema tossico. La prognosi è certamente assai grave. Grande importanza a tale riguardo ha il genio epidemico delle singole infezioni.

G. LA CAVA.

Difterite e sieroterapia all'Ospedale "Enfants Malades" nel biennio 1929-930.

M. B. Weill-Hallé (*Relaz. all'Acc. di Medic.*, giugno 1931, in *Revue Médicale*, luglio 1931) ha potuto osservare nell'Ospedale des Enfants malades, nelle due annate 1929-1930, 1210 casi di difterite con 131 decessi; la percentuale della mortalità, astrazione fatta per i bambini morti nelle prime 24 ore di degenza, si è dunque alzata al 10,8 %. Se si confrontano le cifre del 1901-1902 quando la mortalità globale nello stesso ospedale, su 1122 difterici raccolti in 12 mesi, si era elevata a 21 %, si può concludere che il siero non ha perduto della sua efficacia. Il numero dei ca-

si di difterite grave resta però considerevole; le dosi medie del siero giudicate necessarie sono oggi tre volte più forti che nel 1902. La questione più importante nella cura della difterite è la precocità della sieroterapia; passato un determinato periodo di tempo, nessuna dose permette più di vincere la malattia: per questo è necessario che la diagnosi sia innanzi tutto clinica, e non si debba sempre attendere la diagnosi di laboratorio.

Il metodo adottato da S. Weill-Hallé è il seguente: l'iniezione endomuscolare immediata, che ha assorbimento rapido, seguita da una iniezione sottocutanea a diffusione più lenta. Nei casi gravi, si inietta dopo mezz'ora del siero nelle vene. Nelle prime ore si deve arrivare ad un totale di 30-40.000 unità antitossiche, mentre nei giorni seguenti bastano anche piccole dosi. C. NERVI.

Gli esiti lontani della diatesi essudativa.

Dopo aver passato in rassegna le varie teorie nuove sulle manifestazioni della diatesi essudativa, e le varie interpretazioni dei sintomi nelle costituzioni neuroartritica, linfatica ecc., Mario Cotellessa (*La Pediatria*, 1° settembre 1931) riporta i risultati ottenuti dalla osservazione di 56 bambini, che già erano stati ricoverati e visitati nella Clinica Pediatrica di Bologna, con manifestazioni evidenti e sicure di diatesi essudativa. Scopo dello studio fu quello di seguire il decorso di questa discrasia, di controllare lo stato di salute dei bambini e la loro costituzione in rapporto alle eventuali malattie intercorrenti, alle infezioni contratte e alle estrinsecazioni dei fenomeni essudativi, dal loro insorgere fino all'epoca dell'osservazione.

Da questo interessante studio, l'A. crede di poter trarre le seguenti conclusioni:

1) che i diatesici essudativi, tipo magro e tipo pastoso, oltre le prime manifestazioni cutanee presentano anche in tempi alquanto lontani speciali caratteri e manifestazioni che rientrano nel quadro della costituzione stessa.

2) Tra i postumi della diatesi essudativa sarebbero delle manifestazioni di tipo linfatico, quali la laringite stridula, l'ipertrofia tonsillare, le linfoadeniti.

3) Nei tipi pastosi, vi sarebbe, come manifestazione tardiva delle diatesi, un netto contrasto tra l'altezza inferiore, e il peso superiore alla norma, mentre nei tipi magri peso e altezza sono sempre inferiori al normale.

4) Le manifestazioni tardive relative all'età giovanile hanno il loro massimo esponente nelle forme cutanee, rare quelle respiratorie e linfatiche.

5) Le manifestazioni della diatesi essudativa, primitive o tardive, comportano modificazioni di sviluppo e di crescita (peso, altezza, perimetro toracico) che portano all'habitus del soggetto delle modificazioni, che tendono a stabilizzarsi e che fanno ben distinguere il diatesico dal normale.

6) Per le alterazioni del ricambio che possono aversi nell'età adulta l'A. non può trarre ancora conclusioni assolute. C. NERVI.

Il trattamento della diatesi essudativa.

J. Vas (*Monatsschr. f. Kinderheilk.*, gennaio 1930) ha osservato che nei bambini con diatesi essudativa il timo appare, ai raggi X, molto più grosso che nei normali. Pensando che vi possa essere un rapporto fra ingrossamento del timo e diatesi essudativa, ha trattato 36 bambini (da 2 mesi a 13 anni, nei quali si aveva una diatesi essudativa resistente alla terapia dietetica e locale) per mezzo dei raggi X ad alto voltaggio. Le condizioni di molti migliorarono ed alcuni guarirono del tutto. L'A. ritiene che i buoni effetti così ottenuti corrispondano a quanto si conosce sperimentalmente dell'azione di tali irradiazioni nel senso di diminuire la riserva alcalina dell'organismo. *fil.*

Contributo allo studio della terapia dell'eczema dei lattanti.

In questo riassuntivo, ma si può dire completo, articolo sulla terapia dell'eczema dei lattanti, S. B. Savelli (*Clinica ed Igiene infantile*, agosto 1931) parla in un primo tempo dei tentativi fatti dai vari autori allo scopo di curare o almeno alleviare i sintomi più molesti di questa forma morbosa, e riporta quindi i risultati delle proprie osservazioni.

Egli accenna brevemente al trattamento generale, che costituiva anche mezzo secolo fa la parte più importante della cura dell'eczema: e ricorda i risultati incoraggianti che si vantarono da alcuni autori, ottenuti con la proteinoterapia, l'emoterapia, la maternoemoterapia, la calcio-terapia.

Più recentemente con buoni risultati fu sperimentata l'opoterapia tiroidea, l'insulinoterapia, la terapia con estratti epatici, con latte acido, con i raggi ultravioletti, con le correnti ad alta tensione ed a bassa frequenza.

L'A. partendo dal principio che nelle manifestazioni diatesiche possa forse in alcuni casi giuocare una parte importante la carenza di zolfo, ha voluto sperimentare la zolfoterapia in alcuni ammalati della sua clientela privata e dal consultorio per lattanti di Cuneo.

Sebbene i risultati sieno lusinghieri non ritiene, dato l'esiguo numero dei casi stessi, che si possano trarre da essi conclusioni generali, ma solo che tale metodo possa essere sperimentato con fiducia specie nei casi in cui le cure igienico-dietetiche ed altre cure fallissero. C. NERVI.

L'educazione acustica dei bambini semisordi e sordomuti.

Dal punto di vista della capacità acustica, i bambini sordi, che finiscono ad essere in gran parte anche muti, possono dividersi in sordi completi (che non percepiscono la voce nemmeno con un tubo rinforzatore), in semisordi (che distinguono le vocali a voce nuda) ed in sordi medi, che sono legione, e che stanno in gradazione fra i due primi gruppi.

L'insegnamento uditivo con la voce nuda rappresenta l'elemento primordiale dell'educazione dell'udito nei sordomuti che posseggono importanti reliquati acustici; tale cultura dell'orecchio, però, va integrata con quella della parola e della voce. Quando il piccolo sordo percepisce le intonazioni della voce del suo educatore, afferra i legami delle sillabe, migliora la sua parola che diventa così meglio timbrata e più naturale.

Tale educazione viene fatta da U. Melzi e G. Parrel (*Il Valsalva*, ott. 1931) mediante diversi mezzi: 1) eccitazione sonora con vari suoni; 2) vocalizzazione con il tubo acustico Parrel, cantando le vocali nel tubo stesso; 3) sillabazione a voce nuda; 4) orientazione uditiva, facendo riconoscere la direzione dei diversi suoni, ad occhi chiusi; 5) massaggio sonoro con apparecchi diversi.

L'educazione e la rieducazione acustica vanno tentate in tutti i bambini, poichè ogni orecchio che non sia del tutto perduto è suscettibile di rieducazione, mentre è assai difficile il riconoscere il grado di sordità nei bambini. Tale rieducazione si può e si deve incominciare a tre anni; essa va considerata come un metodo di terapia fisiologica. *fil.*

SEMEIOTICA.

Diagnosi di tumore di milza col nuovo metodo di contrasto di Radt.

Banke (*Deut. Med. Woch.*, n. 27, 1931) espone un caso clinico, in cui venne applicato con successo il metodo preconizzato da Radt per la migliore differenziazione degli organi endoaddominali e la più facile diagnosi delle loro affezioni.

Si trattava di un uomo di 62 anni, ricoverato per enfisema, e in cui l'esame radioscopico del torace svelò, sotto l'arcata diaframmatica di sinistra, un'ombra grossa come una noce, ovale, e assai opaca; clinicamente l'esame dell'addome era completamente negativo; tutte le reazioni accertabili nel laboratorio (Casoni, eosinofilia, ecc.) erano anch'esse mute.

Venne allora chiesto al Radt un campione del suo Torio-diossid-sol e ne furono iniettati 10 cmc. il primo e il secondo giorno, 20 cmc. il terzo; a questa iniezione seguì modica elevazione termica, forse perchè venne praticata con troppa rapidità: le seguenti, infatti, fatte più lentamente non dettero reazione.

L'esame radiologico fatto dopo la somministrazione di 60 cc. di Toriodiossidsol rivelò con straordinaria chiarezza il contorno degli organi ipocondriaci, dimostrando che l'ombra era da localizzare nel centro stesso della milza.

Sulla natura del tumore poco si è potuto stabilire: forse si tratta di una cisti.

Ad ogni modo l'interesse di questo sta nella conferma veramente brillante dell'utilità pratica del metodo di Radt.

V. SERRA.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Sulla ereditarietà dei gruppi sanguigni.

La trasmissione ereditaria dei caratteri di gruppo rappresenta senza dubbio una delle cose più interessanti della cosidetta sierologia costituzionale. Furono Von Dungern e Hirzfeld a dmostrare che le proprietà del sangue che implicano l'appartenenza di gruppo si ereditano secondo le leggi di Mendel. Le leggi di Mendel dicono che il prodotto della riproduzione sessuale riceve per ogni singolo contrassegno un retaggio da ambedue i genitori, ma che, essendo i genitori diversi, non possono nel figlio comparire ambedue le proprietà ereditarie.

Gli elementi ereditarî che regolarmente si manifestano, si chiamano *dominanti*, gli altri *recessivi;* questi ultimi si manifestano solo allorquando due di cosifatti elementi si ritrovano provenienti da ambedue i genitori. Nel caso dei gruppi sanguigni non si eredita l'appartenenza di gruppo, ma gli agglutinogeni A e B, i quali sono *dominanti*, nei confronti della loro assenza (O) che rappresenta un carattere *recessivo*. Quanto alla ereditarietà del gruppo A B la questione è ancora incerta.

P. Montilli (*Arch. di Ost. e Gin.*, ottobre 1931) ha studiato i caratteri gruppospecifici del sangue di 145 persone appartenenti a 25 gruppi famigliari. Dalle sue ricerche si viene ad avere la piena conferma della teoria di Von Dungern e Hirzfeld, che cioè i caratteri A e B risultano dominanti e il carattere O recessivo, potendo comparire nella prole anche se non appare evidente nei genitori. Questi dati possono avere un indiscutibile valore nei casi di ricerca della paternità nel senso che, in casi speciali, la « prova del sangue » può talora apportare un elemento decisivo per escludere che la paternità di un determinato bambino, figlio di certa madre, possa attribuirsi all'accusato o al ricorrente. G. LA CAVA.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Esiti di blenorragia. All'abb. n. 2521:

Qualora nell'epididimo il processo specifico cronico non si sia completamente risoluto, oppure non si sia avuto un processo di cicatrice o simile a cicatrice, che abbia sostituito del tutto i tessuti infetti, la trasmissione del contagio per la via del coito si deve ritenere sempre possibile. V. MONTESANO.

Eredolue sospetta. Al dott. S. C. da T.:

Qualora in un bambino si sospetti una lues congenita, e si voglia sperimentare il criterio « ex juvantibus », l'antico metodo delle frizioni mercuriali o il calomenano *per os* (1 centigr.) somministrato giornalmente per molte settimane rispondono efficacemente. Se, dopo tali cure, il miglioramento dei sintomi sospetti confermi la diagnosi di sifilide, si possono adoperare, con le debite cautele, i preparati di arsenobenzolo « *per os* » o per iniezioni intramuscolari, nelle speciali confezioni per bambini. V. MONTESANO.

All'abb. n. 9574-1:

Un ottimo manuale italiano di Infortunistica è la « Traumatologia del Lavoro » del Ciampolini, Edit. Pozzi. Roma. Se Ella poi volesse anche approfondire lo studio puramente medico-legale della materia, Le consigliamo il « Trattato di Infortunistica » del Borri, Società Ed. Libraria, Milano, II Vol.
S. DIEZ.

Al dott. L. Angelone da San Pietro Infine:

Le indico alcuni libri sullo sport in rapporto alla medicina:

A. HERLITZKA. *Valutazione fisiologica degli atleti.* Cappelli, Bologna, 1931. L. 15; G. AIELLO. *Preliminari di medicina sportiva. I. Cuore e fatica.* Arti Grafiche E. Calamandrei, Milano, 1930; F. DEUTSCH. *Heart and Athletics.* Mosby Co. St. Louis, Dollari 2,50; BORGEY. *Physiologie de la culture physique et des sports.* Albin Michel, Paris, 1927. *Der Sport in Wissenschaft und Praxis.* (Di diversi autori). G. Thieme, Leipzig, 1927. RM 4; H. DIFFRE. *Contrôle du sport et de l'éducation physique.* Masson, Paris, Frs. 9.

Veda anche la « Rivista di scienze applicate all'educazione fisica e giovanile », pubblicata dalla « Accademia fascista di Educazione fisica », Roma, Foro Mussolini. Abbonamento L. 35. A. FILIPPINI.

Al dott. A. B. da S. L.:

1) Se si possiede un colorimetro un metodo ottimo e rapido per la glicemia è quello di Folin-Wu (Rondoni, *Biochimica*, p. 3ª). Un metodo più sbrigativo è quello di Crecelius-Seifert (*Gazz. degli Osp. e delle Clin.*, n. 45, p. 1455, 1929) proposto di recente e per il quale la Casa Ikon-Zeiss vende un apposito colorimetro non molto costoso. Un metodo un po' più lungo, ma semplice e pel quale non occorre colorimetro è quello di Czuto (Rondoni, *Biochimica*, p. 3ª).

Per il trattamento del diabete è necessario determinare la glicemia, sorvegliare tutti i giorni il tasso del glucosio nelle urine, e regolare la dieta colla quantità di insulina che si inietta (cominciare da piccole dosi: 10 unità, 20 minuti prima dei pasti).

2) L'apparecchio più consigliabile, per la sua praticità e semplicità, per l'istituzione del pneumotorace è l'apparecchio del Morelli, descritto anche nel recente *Tratt. Ital. di Medicina Interna.* Vedi anche: *La Pratique du pneumothorax*, Masson, 1929; R. Doria e G. Cesari, *Il pneumotorace terapeutico*, L. Pozzi edit., Roma.

Un buon testo sulla Tubercolosi è il Carpi e Ronzoni, Istituto Editoriale Scient. Vedi anche: « *La Tubercolosi* », Lezioni e conferenze al 1° Corso di tisiologia, L. Pozzi, Roma.

M. MESSINI.

VARIA.

Auxoterapia.

Loeper, Lemaire e Soulié (*Presse Médicale*, 11 novembre 1931) danno il nome di *auxoterapia* alla pratica tendente a rafforzare l'azione dei medicamenti mediante associazioni che ne esaltino gli effetti specifici o ne eliminino le proprietà non necessarie o dannose.

L'auxoterapia si esercita con medicamenti dello stesso gruppo (isodinamica) o di azioni differenti (eterodinamica); con medicamenti che agiscono sul medesimo organo (omotopica) o su organi diversi (eterotopica); con medicamenti costituiti dai sali o dagli elementi di nutrizione di un tessuto (metabolica); da estratti d'organi o da elementi cellulari definiti (opocrina); e da vaccini specifici (batterica).

L'*auxoterapia isotopica* prende per obiettivo un dato organo o un dato sistema.

Per quel che riguarda specialmente il cervello le associazioni medicamentose sono moltissime. Il cloralio accresce sensibilmente l'azione analgesica della morfina; il bromuro quella del sulfonal e dei barbiturici; il luminal e la datura aggiungono la loro azione sui nuclei grigi a quella corticale dei bromuri.

L'aspirina, il piramidone ed il colchico si combinano molto bene per i dolori articolari.

L'ouabaïne apporta alla digitale un elemento di contrattilità. La codeina aumenta l'azione costipante della morfina. Lo sfintere pilorico si chiude più energicamente sotto l'azione combinata della quassia e della stricnina che per quella della stricnina sola, e l'ipertensione venosa e rachidea prodotta dal-

l'acetilcolina è raddoppiata da una dose minima di yohimbina.

L'*auxoterapia eterotopica* mette in opera la funzione di parecchi organi.

Gli organi di distruzione o d'eliminazione, il fegato, il rene, l'intestino, la milza stessa, hanno una grande importanza nell'azione di farmaci anche agenti su altri organici. Basta esaltarne o diminuirne il potere di eliminazione o di distruzione per correggere in senso negativo o positivo l'azione dei farmaci.

L'autoterapia dinamica associa i medicamenti in una medesima orientazione dinamica. È *omo-* o *etero*-dinamica, ossia adopera medicamenti della stessa classe e dello stesso effetto le cui azioni si aggiungono o si rinforzano, o al contrario medicamenti di classe e azione differenti, ma il cui aggruppamento dirige nettamente verso lo stesso scopo.

Un esempio molto significativo di *auxoterapia isodinamica* è dato dall'associazione dei varî componenti dell'oppio. L'oppio totale ha un'efficacia maggiore di una quantità corrispondente di morfina: i varî alcaloidi si rinforzano reciprocamente. La codeina aumenta l'azione ritardante della morfina sull'evacuazione dello stomaco: due milligr. dei due medicamenti insieme hanno un effetto più considerevole di 25-40 milligr. di ciascuno di essi presi isolatamente. La papaverina rinforza l'azione della narcotina; l'associazione narcotina-morfina è più anestetica d'una stessa dose di morfina o di narcotina. Analogamente l'antipirina rinforza l'azione del piramidone.

L'*auxoterapia eterodinamica* è più varia.

Le saponine favoriscono l'azione della digitalina. L'antipirina aumenta la potenza analgesica della cocaina, l'acetanilide quella del piramidone, la scapolamina quella della morfina.

In alcuni l'azione del medicamento viene accresciuta eliminando proprietà dannose.

Il novarsenobenzolo provoca spesso reazioni tossiche alle quali si oppone l'iposolfito di soda.

Le iniezioni di bleu di metilene provocano reazioni febbrili che sono evitate con l'aggiunta di morfina.

L'ipecacuana è ipotensore ed emetizzante: l'oppio ne conserva le qualità ipotensive ma evita il vomito.

L'aggiunta di adrenalina toglie all'acetilcolina l'azione inibitrice sul cuore.

La caffeina attenua la proprietà diaforetica della criogenina e quella oliguricà dell'antipirina.

Sostanze più semplici, i sali, hanno analoghe proprietà ausiliarie. Gli ioni Ca e K modificano la sensibilità degli endoteli vasali e e perciò anche l'azione dei medicamenti angio- e cardiotonici.

Preso prima della digitalina il calcio ritarda molto la contrazione del cuore. Il potassio prolunga la diastole cardiaca e rallenta il cuore, mentre il calcio agisce sulla sistole.

I sali di calcio aumentano l'azione simpaticotropa dell'adrenalina, la loro diminuzione la trasformano in vagotropa. Il calcio riduce l'azione inibitrice dell'adrenalina sull'utero ed aumenta la sua azione vagale. Orienta l'urotropina verso il rene, mentre il magnesio l'orienta verso la bile, ed accresce l'azione del bromo sul cervello.

Il solfato di magnesia rinforza l'azione anestesica dell'etere e della morfina; il solfato di calcio rinforza l'azione della cocaina e riduce la tossicità della stricnina.

L'*auxoterapia metabolica* consiste nella somministrazione di sostanze capaci di fissare ai tessuti gli elementi nutritivi. Lo zucchero, il grasso, il calcio, il fosforo possono attraversare il fegato, i muscoli, le ossa, il cervello senza fissarvisi. Occorrono elementi mediatori o sensibilizzatori, tra i quali i più notevoli le vitamine.

Le vitamine A e D aumentano la fissazione del calcio nelle ossa e nel rene. La vitamina B permette la nutrizione del sistema nervoso, quella C aiuta la fissazione del ferro.

L'adrenalina forse aiuta la fissazione del calcio e l'insulina quella del glicogeno.

L'*auxoterapia endocrina* ha lo scopo di orientare un medicamento verso l'organo analogo a mezzo di un succo o di un estratto organico.

Le iniezioni di pepsina facilitano l'azione dei medicamenti gastrici.

La somministrazione di midollo osseo influenzano la fissazione del calcio nelle ossa.

L'estratto tiroideo consente alla tiroide di utilizzare meglio l'iodio; l'estratto di bile accresce l'azione dei colagoghi; gli estratti di fegato o di sangue aiutano la fissazione del ferro nelle cellule epatiche e nelle emazie; l'estratto renale aumenta la potenza dei diuretici.

L'*auxoterapia batterica* consiste nell'associazione di antisettici con vaccini, i quali li rinforzano reciprocamente. L'idea di associare ai vaccini i radicali di metalli attivi, arsenico, argento, mercurio, merita di essere sviluppata.

Adunque il trattamento d'una malattia non si limita all'uso di un medicamento fisiologicamente e sperimentalmente attivo, ma di prodotti che rendono il medicamento stesso efficiente al massimo, accrescendone le proprietà utili ed eliminando quelle dannose. Esige anche l'impiego di elementi nutritivi elettivi o specifici di ciascuna cellula, di sostanze viventi che sono capaci di fissare gli elementi stessi e talvolta anche di estratti organici o microbici che li dirigono o li sensibilizzano.

argo.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

Risposte a quesiti per questioni di massima.

1° *Dottor R. B.* — Che le riduzioni stabilite dai decreti 23 giugno e 29 settembre 1923, n. 1159 e 2672 non siano applicabili *allo stipendio* è ormai stabilito.

La decisione 13 gennaio 1931 della IV Sezione del Consiglio di Stato, che questa interpetrazione ha confermato autorevolmente, è stata accettata dal Ministero.

Lei ha, quindi, diritto al rimborso delle somme che le sono state indebitamente trattenute in rapporto allo stipendio, che è irriducibile. Se il Podestà non provvede, faccia istanza al Prefetto. Nel caso di insuccesso, provochi una risposta del Podestà e poi ricorra (sia pure contro il provvedimento negativo, se non avrà una comunicazione formale) alla Giunta Provinciale Amministrativa in sede giurisdizionale.

2° *Dottor M. F.* — Il Podestà non potrebbe provvedere alla dispensa dal servizio, perchè la deliberazione che sopprime una delle tre condotte non è ancora approvata dall'autorità tutoria e, quindi, non è efficace.

Se Le sarà notificata la deliberazione di dispensa, ricorra alla G. P. A. in sede giurisdizionale, nel termine di giorni 30.

Nel caso da Lei indicato, non è soppressa una condotta determinata, organizzata come entità distinta dalle altre; non è, quindi, necessario che sia licenziato il titolare della condotta soppressa. Il Podestà deve provvedere, invece, discrezionalmente considerando anzitutto l'interesse del servizio e tenendo conto poi della condizione dei singoli medici condotti.

Se l'uno non ha ancora raggiunto il limite per la pensione, questa circostanza non può essere trascurata.

3° *Dottor F. H. M.* — La partecipazione al concorso, con espressa e formale *riserva*, non può cagionare pregiudizio.

La condizione di famiglia (coniugato, con prole) è titolo di preferenza, a parità di merito, ma la giurisprudenza ritiene che abbia effetto soltanto per l'ordine della graduatoria e non limiti la facoltà di scelta. In sostanza, conta poco. È poi da notare che la V Sezione del Consiglio di Stato ha considerato prevalenti altri titoli: specialmente quelli di ex combattente, decorato, ecc.

Nel caso da Lei indicato quel titolo non ha valore pratico, perchè, anche se l'altro concorrente fosse graduato *ex aequo*, essendo decorato di medaglia d'argento ha un titolo prevalente e sarà considerato primo.

4° *Dottor A. G.* — Non importa che la nomina sia remota e da molto tempo Lei non presti servizio per ufficio di titolare.

Il rapporto di impiego interinale non sarebbe sufficiente; ma Lei deve insistere sul certificato dal quale risulta che nel 1926 esercitò per otto mesi le funzioni di medico condotto titolare, per nomina in base a concorso. La Commissione non può escluderlo.

Nè il regolamento locale potrebbe stabilire una restrizione maggiore. Se fosse escluso, ricorra al Consiglio di Stato in sede giurisdizionale. Termine sessanta giorni dalla data della notificazione.

5° *Dottor L. A.* — La indennità così detta di cavalcatura può essere ridotta. Soltanto lo stipendio è irriducibile. Questa indennità è attribuita per causa di rimborso di spese, calcolate a *forfait*. La modificazione deve essere *però giustificata*: cioè, deve essere dimostrato un mutamento delle condizioni obbiettive, che sia tale da legittimare la riduzione o la soppressione della indennità.

Tale provvedimento deve essere approvato dall'autorità tutoria, perchè si risolve in una modificazione del capitolato.

Lei può ricorrere alla G. P. A. in sede giurisdizionale, nel termine di trenta giorni dalla notificazione del provvedimento del Podestà. Insista specialmente nell'esame delle condizioni attuali della condotta in rapporto al tempo in cui fu stabilita la indennità di L. 3000.

Se la G. P. A. le desse torto, potrà ricorrere al Consiglio di Stato. Ma prima di fare questo passo bisognerà esaminare la decisione e tutte le circostanze del caso.

N. B. — Ai quesiti degli abbonati si risponde, in ogni caso, direttamente, per lettera. I quesiti devono essere inviati, in busta, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del « Policlinico », via Sistina 14, Roma.

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, **sono gratuite.**

Saranno poi pubblicate in questa rubrica, ma senza indicare il nome del richiedente, soltanto le risoluzioni che abbiano interesse di massima.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, cons. legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE

A proposito del certificato prenuziale (*)

per il dott. LEOPOLD BARD,
libero docente d'igiene medica (Buenos Aires).

Ho sempre sostenuto, ed ho diffuso con ogni mezzo questa mia convinzione, che non è possibile combattere un male senza riconoscere la sua esistenza ovvero occultandolo, non per ignoranza ma per pregiudizio.

Da non molti anni, le opinioni della stampa a questo riguardo si sono molto evolute e ciò di cui prima era considerato un peccato il parlare, costituisce oggi per gli organi della stampa una grave preoccupazione.

Questa attitudine, questo nuovo orientamento di concetti è caratterizzato dalla franchezza con cui vengono considerate alcune malattie.

Prima della guerra le parole « sifilide » e « malattie veneree » si vedevano raramente stampate al di fuori delle riviste professionali e, specialmente nei paesi Anglosassoni, il più che si poteva dire riferendosi ai sifilitici era di usare parole come « infermità sociali » oppure « la piaga occulta ». Al giorno d'oggi in molti paesi non esiste più codesto falso pudore, il quale impediva che nei giornali di massima diffusione si discutessero dei problemi riguardanti le malattie veneree.

Nel nostro paese, dei grandi quotidiani come « La Prensa » « La Nación » e « La Razon », in articoli editoriali, hanno messo in evidenza la necessità di realizzare la profilassi di codesti mali che ci insidiano e che costituiscono delle vere e proprie piaghe sociali.

Io credo che la trattazione di questi problemi in periodici tanto diffusi e che tanta importanza hanno per l'orientamento di un popolo, siano da considerare come fattori di prim'ordine, fondamentali, nella lotta contro le malattie veneree.

Il risanamento della razza, la eugenica, deve essere una profonda preoccupazione per tutti quei Paesi che aspirino ad elevarsi al disopra del livello comune alle altre nazioni.

Il capitolo riferentesi al certificato prenuziale è stato molto discusso, e così deve essere logicamente, in quanto che esso riforma concetti ed abitudini, regolando, per mezzo della legge, ciò che oggi costituisce una lacuna inqualificabile.

L'esame dell'attitudine al matrimonio, introdotto nello Stato di Washington, degli S. U., nell'anno 1909 e nel Wisconsin nel 1913, fu in seguito adottato da altri stati del medesimo Paese e da altri respinto.

Leggi su questo medesimo argomento furono emesse in Svezia, Norvegia, Danimarca, Messico nell'anno 1927, nella Turchia nel 1928 e a Panama nel 1929.

Nel nostro Paese, durante il mio mandato come deputato nazionale negli anni 1922-1926 e 1928-1930 (due periodi), io ho sottoposto alla considerazione dell'On. Congresso della Nazione un progetto di legge (1922), i cui concetti principali sono:

1) che sia modificato al cap. 1°, legge del matrimonio, l'articolo 2° aggiungendo un 3° comma:

Ogni persona di sesso maschile che voglia contrarre matrimonio dovrà, nei quindici giorni precedenti alla data di iscrizione di detto atto nel registro civile, essere esaminato al fine di provare se è o non affetto da infermità venerea.

Codesto certificato sarà redatto da un medico autorizzato con la presente legge e sarà redatto nella forma seguente:

Io (nome del medico), medico legalmente autorizzato, certifico che il... (data) ho praticato l'esame del sig.... e credo che egli sia indenne da ogni affezione venerea. Firma del medico.

Nel capitolo V (leggi sul matrimonio): *Delle precauzioni previe alla celebrazione del matrimonio*. All'art. 19 siano aggiunti i comma 4°, 5° e 6°.

4° All'effetto di procedere a codesti esami sarà creato nella Capitale Federale, nel Dipartimento Nazionale di Igiene, un ufficio speciale, allo scopo di rilasciare i certificati di sanità prenuziale.

Nelle province e territori nazionali i certificati saranno rilasciati dai dipartimenti di Sanità e dalle dipendenze del Dipartimento Nazionale d'Igiene.

5° Nei punti lontani dai centri urbani il certificato sarà rilasciato dai medici municipali.

6° Nessun atto di matrimonio sarà registrato se il coniuge di sesso maschile non sia stato previamente sottoposto all'esame medico prenuziale ed abbia ottenuto dai medici un certificato che comprovi come egli non sia affetto da malattie veneree.

Che sia modificato nella legge sul matrimonio il capitolo XV « disposizioni generali », aggiungendo all'articolo 107 i comma 1° e 2°.

1° ogni funzionario del registro civile, che abbia concesso il certificato di matrimonio senza aver ricevuto il certificato di cui all'art. 2°, comma 8°, sarà ritenuto colpevole di delitto e passibile di pena con reclusione da uno a tre anni ed esclusione dallo impiego;

2° ogni medico che coscientemente e volontariamente abbia fatto false dichiarazioni

(*) Traduz. del dott. A. Pozzi.

nel certificato di cui all'art. 2°, comma 8°, non potrà esercitare la professione nel territorio della Repubblica per il periodo di tre anni.

Nel Brasile, a Cuba e nel Cile, distinti studiosi, come Godoy, Lopez, del Valle e Couto, han fatto sì che nella legislazione dei loro paesi fosse incorporato il certicato prenuziale.

Il XIV Congresso di Medicina Legale in Francia, approvò, con il voto unanime dell'Assemblea, la necessità che i poteri pubblici incorporassero la legge che rende obbligatoria la visita prematrimoniale. Pinard, il gran maestro della Scuola Medica Francese, presentò, nel Parlamento Francese, un progetto di legge, tendente a rendere indispensabile per il matrimonio un certificato medico.

Nella 8ª Conferenza Sanitaria Panamericana si consigliò ai Governi di considerare la questione come complemento necessario alla profilassi antivenerea.

Il delitto di contagio venereo esiste solo in alcuni paesi di alto livello culturale, tradotto in leggi nazionali. Si suppone che la trasmissione di codeste malattie sia dovuta al fatto che i pazienti non hanno voluto assoggettarsi alle prescrizioni mediche non obbligatorie e e persino che, sapendosi affetti da malattia contagiosa, non si curano nè si astengono onde evitare il contagio; la degenerazione di alcuni giunge persino a trasmettere il contagio coscientemente e volontariamente.

È giusto quindi che la legge faccia sentire il suo influsso a favore di chi si accinge a contrarre matrimonio, e realizzi così una vera opera di profilassi sociale quale è l'istituzione del libretto sanitario. È da considerare infatti che le malattie veneree (salvo la sifilide terziaria e non sempre) costituiscono un impedimento temporaneo alla realizzazione del matrimonio che da solo può impedire che il matrimonio si compia entro un tempo determinato, mentre che la terapeutica medica possiede i rimedi necessari per rimettere il paziente in perfette condizioni di salute e non essere così pericoloso nè a sè, nè alla famiglia che va a formare, nè alla società ed alla razza.

Non pertanto desideriamo chiarire ancora meglio il nostro concetto e quale significato avrebbe la sanzione legale di esso, cioè l'istituzione del libretto sanitario.

È necessario intanto tener conto che l'ignoranza e l'incuria portano complicazioni di carattere molto grave: *raccorciamento della vita* sia nel senso assoluto e letterale della parola sia rappresentato dalla incapacità e dalla inutilità che portano con sè la perdita di ogni attitudine e di ogni attività, una vera messa a riposo forzata di uomini con pochi anni di servizio, con riserve scarse o nulle, e che trascinano con sè una povera donna che contagiano e che lasciano immersa nella miseria.

Chi può negare la gravità, la pertinacia e la frequenza delle localizzazioni nervose, delle emiplegie, delle affezioni midollari e cerebrali, con a capo ad esse la paralisi progressiva?

E di quante morti in piena maturità ed anche in gioventù non è responsabile la sifilide! Oggi, man mano che le nozioni cliniche si fanno più complete, in quante malattie e forme morbose non si trova come fondamento la lues?

Bastano questi pochi cenni a far comprendere come il contagio e il fattore sifilide siano strettamente legati alla questione del matrimonio. Il malato già ammogliato, forse con figli, assiste impotente allo sfasciarsi del focolare che egli si era creato, all'impoverimento, alla miseria: se la morte giunge, il quadro è ancora più triste: una vita di stenti attende la vedova e i poveri orfani.

Questo problema può essere in gran parte risolto stabilendo l'esame prematrimoniale.

Vervack e Leclerq, relatori dinanzi al XIV Congresso Francese di Medicina Legale, dopo aver passato in esame tutti gli inconvenienti di carattere morale, sociale, sentimentale e medico si mostrarono partigiani dell'istituzione del certificato prematrimoniale, cercando di conciliare l'interesse sociale e la libertà individuale e cioè senza che la legge si opponga all'attuazione del matrimonio, una volta portato a conoscenza delle parti il risultato dell'esame: quest'ultimo punto di vista non resiste, a nostro parere, ad una seria critica.

Alcuni sostengono che l'esperienza ha dimostrato che codeste leggi sono spesso eluse: sarebbe il caso di domandare quali leggi non si eludono; per evitare ciò è necessario fare una propaganda vasta ed intelligente sopra il valore ed il significato di queste leggi e, se del caso, minacciare con gravi pene gli incaricati dell'applicazione di queste leggi che non facessero il loro dovere.

Nel Bollettino Sanitario Pan-Americano, Aristide A. Moll pubblicava un interessante lavoro di alto valore scientifico sopra questo tema; egli dice:

« Legueu ha recentemente studiato a fondo il problema, dichiarando che non vi è ragione alcuna perchè non si applichi al genere umano quello che si è già realizzato per gli animali, giacchè l'uomo prima di permettere l'accoppiamento considera il loro stato di salute, mentre quando si tratta di se stesso lascia intervenire questioni di sentimento o di danaro, mettendo da parte ogni considerazione sullo stato organico. È per ciò che non si dovrebbe permettere il matrimonio ai tubercolotici, che contaminerebbero i loro figli e tanto meno ai sifilitici, che contaminerebbero i loro discendenti, nè ai blenorragici, che potrebbero provocare la sterilità nella loro compagna.

Altre malattie degne di considerazione sotto questo punto di vista sono: l'alcoolismo, l'e-

pilessia e particolarmente le tare psicopatiche, le quali opprimono intere generazioni senza che si sappia sopra quale di esse far ricadere la colpa.

In tutti questi casi sarebbe necessario un esame individuale, affine di impedire delle contaminazioni che risulterebbero inevitabili per il benessere delle future generazioni ed in fondo della società, che ha il dovere di preoccuparsi della qualità dei suoi membri, visto che in alcune regioni particolarmente il numero di essi diminuisce di anno in anno.

Qualora il certificato prematrimoniale divenisse un fatto compiuto, è essenziale, anzitutto, che esso abbia valore proibitivo. In questo caso, due conseguenze sono da considerare: l'attentato contro la libertà individuale e l'attentato contro il segreto professionale; sarebbe a dire che la legge urterebbe contro due dei grandi dogmi della moderna società: la garanzia dell'individuo nello stato sociale e la garanzia dell'infermo nell'ordine medico. La questione merita di essere considerata più attentamente: quando nei paesi scandinavi si trattò di liberarsi dalla lebbra, che tanto male recò all'umanità nel Medio Evo, non vi fu nessun indugio a sopprimere fino ad un certo punto la libertà individuale; inoltre, in tutte le nazioni civilizzate, quando si vuole difendersi contro certe malattie infettive, si viola il segreto professionale per informare l'autorità dell'esistenza di casi del genere. Ciò significa che tanto la libertà individuale che il segreto professionale sono in certi casi sottoposti ad alcune restrizioni ed esse non impediscono assolutamente d'impedire l'istituzione di un certificato prenuziale che ha come suo fine di proteggere la società.

Senza dubbio, bisogna attendersi delle difficoltà, per esempio, nelle famiglie dove certamente recherà gran turbamento la rottura di una promessa di matrimonio. Ma ancora più gavi sono le difficoltà di ordine sociale, in quanto che, aumentando gli ostacoli al matrimonio, viene ad essere favorito il concubinaggio ed i figli naturali non riceveranno nè protezione giuridica nè protezione igienica: obiezione questa che ha pure il suo valore in una epoca come la presente. Le difficoltà tecniche sono tuttavia le più forti, in quanto che la scienza medica non è ancora capace di potere, in una data ora di un dato giorno formulare conclusioni precise sullo stato di salute di un infermo che ha contratto l'una o l'altra delle varie infezioni e che si presenti quindi apparentemente guarito. Vi è una gran distanza fra la guarigione clinica e apparente e la guarigione reale e scientifica dimostrata, e la maggior parte degli esami su cui noi fondiamo delle speranze, risultano alla fine contestabili ed incerti, come, per esempio, nella tubercolosi, sifilide e blenorragia. In quanto alla sifilide esistono tre possibilità, riguardo al certificato prenuziale: l'infezione può essere contratta pochi giorni prima del matrimonio e questo aver luogo senza che l'infezione abbia dato segno di sè: può darsi inoltre che il giorno in cui si rilascia il significato non esistano manifestazioni in atto e che gli esami siano negativi: e infine il caso più facile in cui la sintomatologia è manifesta.

In quanto alla blenorragia le difficoltà non sono minori, eccettuata la forma acuta ed alcuni dei casi cronici. In alcuni casi sarebbe necessario un periodo prolungato di osservazione prima di potersi decidere in un senso o nell'altro ».

La mortalità infantile, che costituisce già un grave problema da noi, riconosce, fra le cause che la determinano, la mancanza di cure, di igiene e di alimentazione; la ignoranza e la miseria, ma sopratutto la eredità morbosa.

Noi che per ragioni professionali visitiamo gli ospedali, le cliniche e le abitazioni dei poveri, nelle miserabili cantine che si chiamano *conventillos*, possiamo dire, senza tema di esagerazione, che il 60 % delle malattie dei bambini sono ereditarie.

Qualcuno ha detto e con ragione: Una delle malattie ereditarie che più crudelmente decimano l'infanzia è la sifilide ed è necessario tener presente che l'ereditarietà non è sempre diretta, ma che a volte passa dall'una all'altra generazione sotto forma di pazzia, di epilessia o di altre forme più o meno attenuate di alienazione mentale o di perturbamenti del sistema nervoso.

Le statistiche straniere offrono a questo proposito dati molto interessanti, che devono essere segnalati per l'importanza che da essi ne deriva e affinchè si ponga mente a quale è l'avvenire di un popolo quando non si contrappongano delle solide barriere al dilagare del terribile male che trascina con sè tante vite.

Hochsinger presentò nell'anno 1910 alla Società Imperiale di Vienna le ricerche da lui condotte nel primo istituto pediatrico di Vienna: sopra 516 nati sifilitici, 308 morti, vale a dire una proporzione del 57 %; sopra gli stessi 516 nati, 51 bambini sani.

Il dottor Jean (1916) constatò sopra 331 nati sifilitici, 179 morti, il che dà una proporzione del 54 %.

Per quanto riguarda il nostro Paese, il male venereo guadagna terreno giorno per giorno: la nostra statistica si avvicina già alle cifre sopra menzionate degli autori stranieri, ciò che è un grave indice del male che si diffonde.

È necessario convincersi che alcune malattie devono costituire, nel periodo di loro virulenza, quando cioè il contagio mette in pericolo la vita della donna, un impedimento a che la legge legittimi una unione.

Al fattore romantico e sentimentale del problema, che è invocato per contrastare la visita

medica obbligatoria, noi possiamo contrapporre il seguente: può dirsi mai felice un marito, che ha la sua compagna quasi continuamente prostrata nel letto del dolore, incapace di lavorare e di accudire al suo focolare o sentirsi felice la donna, che, a costo di sacrifici e di abnegazione divide l'infermità del marito o genera esseri che non nascono con la pienezza dello sviluppo bensì degenerati che portano con sè per il mondo le stimmate dell'infermità che hanno ereditato?

Al disopra del fattore sentimentale, della passione irreflessiva, del capitolo romantico stanno i supremi e sacri interessi della società, in tal maniera compromessi. Così come la legge castiga l'infanticidio, non è possibile che essa incroci le braccia dinanzi a codesti gravi mali che si diffondono e che la legge del matrimonio in molti casi favorisce, mentre i loro tentacoli avvolgono la madre e fanno sì che l'impunità protegga, soltanto perchè così è l'usanza, il delitto di lesa infanzia.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ARITZO (*Nuoro*). — Scad. 29 febbr.,; con Belvì; L. 9000 oltre L. 1500 cavalc., L. 1000 uff. san., L. 720 c.-v. se dovuto; ritenute di legge; i due paesi distano km. 2.3; tassa L. 50.10.

ASCOLI PICENO. *Consorzio Provinciale Antitubercolare*. — Per titoli ed esami. Posto di Medico direttore del Consorzio. Documenti di rito oltre laurea medicina e chirurgia conseguita presso una R. Università del Regno da almeno due anni, certificato di iscrizione all'Ordine dei Medici per l'anno 1931, titoli comprovanti la specifica competenza del concorrente in tisiologia, igiene e profilassi sociale della tubercolosi, da presentarsi non oltre il 22 febbraio 1932. Stipendio annuo lire 24.000. Indennità di servizio attivo L. 3000 lordo ritenute di legge e 12 %. Nomina quinquennale riconfermabile salvo disdetta tre mesi prima scadenza. Divieto esercizio professionale; consentita solo consulenza nella specialità compatibilmente esigenze servizio. Per schiarimenti rivolgersi alla Segreteria del Consorzio in Ascoli Piceno, Palazzo del Governo.

BASSANO DEL GRAPPA (*Vicenza*). — Abitanti 21.000. Ospedale Civile, 200 letti. Concorso Chirurgo primario. Stipendio lordo L. 8000 e 6 trienni ventesimo. Si richiedono 6 anni di servizio pratico in Ospedale o Clinica chirurgica universitaria. Laurea conseguita da almeno 8 anni. Età non superiore 40 anni. Scadenza 31 gennaio 1932-X.

BELLUNO. *Ammin. Prov.* — Scad. 15 feb. Medico aiuto del Dispensario prov. antitubercolare; lire 6000 oltre L. 2500 serv. att., già depurati del 12 %; 5 quadrienni dec. Chiedere avviso. Rivolgersi al Consorzio antitubercolare.

BOLOGNOLA (*Macerata*). — Scad. ore 19 del 10 gen. (Vedi N. 51 del 1931).

FONDI (*Roma*). *Ospedale Civile*. — Chirurgo direttore e medico primario; il Commissario prefettizio rende noto che per l'ammissione al concorso nessun limite d'età è prescritto per i liberi docenti della Facoltà di medicina e chirurgia. V. fasc. 50 del 1931.

FORMAZZA (*Novara*). — Stipendio per cinquanta poveri L. 10.000 con 10 ventesimi biennali, oltre L. 1500, indennità alloggio; — L. 3500, vettura; — L. 500, ufficiale sanitario; — L. 150 ambulatorio; — salva decurtazione 12 % e ritenute legali. Deposito L. 50. Scadenza 31 gennaio.

FORNO CANAVESE (*Torino*). — Scad. 15 gen.; 2ª condotta, con Pratiglione; condizioni visibili presso la Segreteria consorziale.

ISOLA VICENTINA (*Vicenza*). — A tutto 10 gen.; 2° reparto; L. 9000 per 1000 pov., addizion. L. 300 ogni 100 pov. in più non tenendo conto delle frazioni inferiori a 100; per trasp. L. 1000-2500; decurtazione 12 %; età lim. 45 a. al 1° dic.; tassa L. 50,15; doc. a 3 mesi.

LABRO (*Rieti*). — Al 17 gen., ore 12; con Morro Reatino; L. 9240 per 1000 pov.; addizion. L. 4; 5 quadrienni dec.; p. cavalc. L. 2700; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 4 dic.

ORISTANO (*Cagliari*). *Ospedale Civile*. — Scad. 29 febbr.; primario medico; L. 12.000 iniziali. Tre anni di aiuto in Ospedale di primaria importanza od in Clinica universitaria. Titolo di preferenza: pratica di laboratorio. Chiedere annunzio e informazioni alla Segreteria della Congregaz. di Carità.

PESCARA. *Amministrazione Provinciale*. — Posti di Direttore della Sezione Chimica e di Coadiutore della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale d'Igiene e di Profilassi. Per titoli ed esami. Scadenza 19 gennaio 1932. (Vedi N. 51 del 1931).

REGGIO CALABRIA. *Congregazione di Carità*. — Due posti: per titoli; primario medicina generale con incarico servizio analisi; stipendio annuo lordo lire 12.000 e L. 4000 per detto incarico; primario oculista: stipendio annuo lordo L. 8000. Due aumenti quinquennali. Compartecipazioni 70 %. Scadenza 19 gennaio 1932. Rivolgersi Congregazione Carità.

ROMA. *Ministero delle Comunicazioni* (*Ferrovie dello Stato*). — Concorso per titoli ai seguenti posti di Medico di Riparto: S. Pietro Vernotico (Bari); Poggio Renatico (Bologna); Giave (Cagliari); Militello II (Catania); Lucca III, Marradi II (Firenze); Cornigliano Ligure (Genova); Codogno (Milano); Boscoreale, Castelforte, Villa Literno (Napoli); Alcamo, Canicattì III, Racalmuto I (Palermo); Carrara-Avenza (Pisa); Anversa-Scanno, Attigliano, Tarquinia II, Vicovaro (Roma); Cava de' Tirreni, Nocera Inferiore (Salerno); Grottaglie, Taranto VII (Taranto); Saluzzo, Sobborgo S. Michele, Valenza (Torino); Beseno, Lavis, S. Massimo all'Adige (Trento); Longarone Zoldo, Verona IX (Venezia). Inviare domanda e richiedere informazioni ai rispettivi Ispettorati Sanitari (indicati fra parentesi). Scad. ore 17 del 30 genn.

ROMA. *Ministero della Marina*. — Concorso per la nomina di 13 tenenti medici in servizio permanente nel corpo sanitario militare marittimo. Domande in carta da bollo da L. 5 alla Direzione generale del personale dei servizi militari, Divisione Stato giuridico, entro il novantesimo giorno dalla pubblicazione della notificazione di concorso sulla « Gazz. Uff. » del Regno, corredate dai documenti prescritti dall'art. 7 della notificazione stessa.

I vincitori del concorso che otterranno la nomina a tenente, se ammogliati, dovranno, entro il termine di due mesi dalla nomina ad ufficiale, chiedere al Ministero l'autorizzazione a produrre, nei modi stabiliti dalla legge 11 marzo 1926, n. 339,

le prove di possedere la rendita annua di L. 4500 nominali.

Gli esami avranno inizio in Roma, presso il Ministero della Marina alla data che sarà stabilita e comunicata in tempo utile ai concorrenti.

Copia della relativa notificazione di concorso (con annesse le istruzioni e i programmi d'esame) potrà essere richiesta direttamente al Ministero della Marina (Direzione generale del personale e dei servizi militari, Divisione Stato giuridico), alla Direzione della R. Scuola di Sanità militare e marittima di Napoli e alle Direzioni degli Ospedali militari marittimi di Napoli, della Spezia, di Taranto, di Venezia, di Pola e della Maddalena.

ROMA. *Governatorato.* — Scad. ore 12 del 31 genn.; assistente medico specializzato in otorinolaringoiatria addetto all'Istituto per la cura dell'adenoidismo; età lim. 35 a.; doc. a 3 mesi dal 12 dic.; tassa L. 50; stip. L. 7600, oltre eventuali c.-v. e L. 780; riduz. 12 %. Domanda al Governatorato da presentare al Protocollo della Ripartizione I. Chiedere annunzio alla Segreteria generale.

S. POLO (*Roma*). — Scad. 15 gen.; 2ª cond.; rivolgersi Segreteria.

S. VITO AL TAGLIAMENTO (*Udine*). — Scad. 15 mar.; L. 8000 e 6 quadrienni dec. per 1500 pov.; addizion. L. 1; p. serv. att. L. 500; c.-v. ridotto; p. trasp. L. 3000; deduz. 12 %; età lim. 40 a.

SAPPADA (*Belluno*). — Scad. 31 gen.; L. 8000 oltre c.-v., L. 1000 trasp. e facilitazioni per l'alloggio; 5 quadrienni dec.

SARNANO (*Macerata*). — A rettifica dell'avviso pubblicato nel Numero 51 dello scorso dicembre, si chiarisce che il posto a concorso è per condotta medico-chirurgica e non prevalentemente chirurgica. Per la Direzione dell'Ospedale provvederà la Congregazione di Carità. Rimangono invariate le altre norme. Il concorso viene prorogato al 31 gennaio 1932.

SARONNO (*Varese*). — Ufficiale Sanitario. Per titoli ed esami. Stipendio iniziale L. 9000 al lordo di R. M. e del contributo Cassa Pensione Sanitari e con diritto a cinque aumenti quadriennali del decimo. Indennità di trasporto L. 500 al lordo R. M. Divieto servizio presso altri Enti morali o pubblici. Permesso esercizio professione libera. Domanda e documenti entro il 31 gennaio 1932 al Podestà di Saronno.

TRAPANI. *Comune.* — Scad. 28 feb.; 1ª Sez. urbana; L. 9500 e 5 quinquenni di L. 825; deduz. 12 %; tassa L. 50.

TREDOZIO (*Forlì*). — Scad. 10 gen.; sez. di ponente; L. 11.000 e 10 bienni ventes., oltre L. 1250-2500 trasp.; riduz. 12 %; tassa L. 50,10; età lim. 35 a.; doc. a 3 mesi dal 9 dic.

TRIORA (*Imperia*). — Per titoli. Stipendio annuo L. 9000 per 500 poveri con l'addizionale di L. 5 per ogni povero in più. Indennità quale Ufficiale Sanitario L. 500. Pel servizio ostetrico L. 500, fino a quando non sarà provveduto con levatrice. Indennità di cavalcatura L. 2500. Gli assegni di cui sopra sono soggetti alle riduzioni di cui alle vigenti leggi. Aumento del ventesimo ogni biennio e per 10 volte. Documenti di rito di cui al manifesto 20 novembre 1931. Scadenza 20 gennaio 1932; assunzione servizio entro 15 giorni dalla partecipazione sotto pena di decadenza. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria Comunale.

VARALLO-SESIA (*Vercelli*). — Posto per la seconda condotta. Il termine scade il 10 gennaio. Chiarimenti e testo bando completo possono ottenersi dalla Segreteria Comunale.

VERBICANO (*Cosenza*). — Scad. 10 gen.; L. 6500 e 5 quadrienni dec.; età lim. 45 a.; tassa L. 50.

VERGATO (*Bologna*). *Ospedale Civile.* — Scad. 26 gen.; chirurgo primario consulente effettivo; assistente dirigente gabinetto radiologico. Per informazioni rivolgersi Segreteria Congregaz. di Carità.

VIETRI DI POTENZA (*Potenza*). — Scad. 20 gen.; L. 7000 e 6 quadrienni dec., oltre L. 600 se uff. san.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

CONCORSI A PREMI.

Premio « P. Famel »

per un corso di perfezionamento in Francia.

Presso la R. Università di Roma è aperto il concorso ad un premio di L. 5000 istituito dalla « Casa P. Famel » di Parigi. Il premio sarà attribuito ad un laureato in medicina e chirurgia che dichiari di recarsi a Parigi ed ivi trattenersi per frequentarvi un corso di perfezionamento in clinica medica. Sono ammessi al concorso i laureati presso detta Università, entro cinque anni dal conseguimento della laurea. Chiedere annunzio al Rettorato. Scad. 31 gennaio.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Con *motu proprio* del Re il dott. L. W. Hackett, che rappresenta la Fondazione Rockefeller in Europa presso la Stazione sperimentale per la Lotta antimalarica di Roma, è stato insignito della commenda dell'Ordine della Corona d'Italia.

Siamo lieti di questo riconoscimento ufficiale delle benemerenze acquistate dall'insigne scienziato verso il nostro Paese.

Il dott. Giovanni Lionetti, dei Dispensari Dermosifilopatici Governatoriali di Roma, con *motu proprio* del Re è stato nominato cavaliere della Corona d'Italia. Rallegramenti.

In esito ai concorsi per le seguenti cattedre universitarie, le Commissioni giudicatrici hanno formato le terne per ciascuna di esse indicate: clinica pediatrica a Cagliari: 1° Zamorani Vittore, 2° Macciotta Giuseppe, 3° Trambusti Bruno; anatomia e istologia patologica a Messina: 1° Verga Pietro, 2° Radaelli Piero, 3° Battaglia Filippo; psicologia sperimentale a Roma: 1° Ponzo Mario, 2° Bonaventura Enzo, 3° Musatti Cesare; patologia chirurgica e semeiotica a Modena: 1° Comolli Antonio, 2° Brancati Raffaele, 3° Ceccarelli Carlo.

Il prof. Luigi Villa è incaricato dell'insegnamento di patologia medica presso la R. Università di Pavia.

Il prof. Mario Carravetto è incaricato dell'insegnamento di patologia chirurgica presso la R. Università di Napoli.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Pavia.

Onoranze accademiche al Prof. Iginio Tansini.

Lunedì 30 novembre, si sono tenute a Pavia, nell'Aula Foscoliana dell'Università, le onoranze accademiche al prof. Iginio Tansini che ha lasciato l'insegnamento della Clinica chirurgica per limiti d'età, dopo 47 anni completamente dedicati alla sua missione scientifica ed educativa, di cui 31 alla cattedra di Pavia. Erano presenti ad onorare l'illustre professore il Senato accademico, le autorità, numerose rappresentanze di altre Università, moltissimi suoi allievi; numerosissime le adesioni. Primo a prendere la parola fu il Rettore prof. Rossi, che si dichiara lieto di poter annunziare all'illustre chirurgo la nomina di professore emerito; commenta l'istituzione di una borsa di studio a suo nome; prende in consegna per l'Università un busto, fatto dallo scultore Gigi Supino; offre infine al festeggiato una medaglia d'oro, esprimendo il desiderio dell'Università di averlo ancora a lungo vicino e collaboratore.

Parlarono poi il Podestà di Pavia, prof. Vaccari, il prof. Purpura, dell'Ateneo Palermitano, il più anziano degli allievi di Tansini, l'on. Morelli, in rappresentanza di tutti i medici italiani, il vice-presidente dell'Ordine dei Medici condotti dott. Milanesi, a nome del presidente, on. Nicolato. Infine il barone De-Ghislanzoni, presidente del Comitato Provinciale della Croce Rossa, per incarico di S. E. Cremonesi, presidente nazionale, porge al festeggiato una medaglia d'oro, per le benemerenze acquisite verso la Croce Rossa.

Il festeggiato prende la parola commosso ed esprime in primo tempo la sua gratitudine verso tutti; formula poi, raccogliendo i canoni della scuola chirurgica, il suo testamento d'insegnante, ricordando il carattere educativo, che egli ha sempre voluto dare al proprio insegnamento clinico. Illustra l'indole sociale del ministero chirurgico, che esige il più scrupoloso dovere di onestà e di coscienza. Viene poi a combattere la tendenza all'eccessiva specializzazione.

Le parole dell'illustre chirurgo sono vivamente applaudite e la cerimonia si trasforma in una grandiosa manifestazione di ammirazione e di affetto, continuata anche in Municipio dove si è tenuto un ricevimento. Prof. PAOLO INTROZZI.

NOTIZIE DIVERSE.

4° Congresso italiano di microbiologia.

La presidenza della Sezione Italiana della Società Internazionale di Microbiologia ha fissato i temi di relazione per il 4° Congresso Nazionale, che avrà luogo nel mese di novembre. I temi prescelti sono: « Le dissociazioni microbiche », relatore il prof. Gianni Petragnani; « L'immunità locale », relatore il prof. Giuseppe Mariani; « I microbi del terreno e la fissazione dell'azoto atmosferico », relatore il prof. Gino De Rossi. Sarà inoltre svolto il seguente argomento all'ordine del giorno: « Le encefaliti postvacciniche », relatore il prof. G. B. Allaria.

Durante il Congresso saranno permesse comunicazioni, che trattino esclusivamente argomenti di relazione.

Le comunicazioni dovranno pervenire alla Segreteria della Sezione non oltre il 15 settembre, essere dattilografate e redatte in lingua italiana o francese. I titoli delle varie comunicazioni saranno accettati fino al 31 agosto. Potranno fare comunicazioni anche studiosi stranieri, purchè in lingua italiana o francese.

Una seduta del Congresso sarà dedicata al Comitato italiano per lo studio dei gruppi sanguigni, che terrà in tale occasione la sua solita riunione. Sarà discusso il seguente tema: « Gruppi sanguigni e costituzione fisica », relatore il dott. Domenico Viola. Sono accettate sull'argomento anche comunicazioni, per le quali vigono le regole sopra riferite.

La quota d'iscrizione al Congresso è fissata in Lit. 25 e dà diritto al volume degli Atti e a tutte le facilitazioni che la Segreteria riuscirà ad ottenere. Per ogni ulteriore informazione rivolgersi ai segretari prof. Dessy e prof. Arnaudi, via Darwin 20, Milano.

2° Congresso pan-pacifico di chirurgia.

Il Comitato organizzatore ha deciso, prevalentemente in considerazione del disagio economico generale, di rimettere al prossimo anno il 2° Congresso della « Pan-Pacific Surgical Association ». Esso si adunerà ad Honolulu (isole Hawai) nell'ultima settimana di aprile ovvero nella prima settimana di maggio del 1933, sotto la presidenza del dott. James Hardie Neil.

Le isole Hawai offrono speciale interesse turistico; vi esistono vari ospedali attrezzati alla perfezione.

Il viaggio dall'Europa si può compiere per San Francisco, per il Panama o per il Giappone. Dall'Italia esso richiede intorno a 33-35 giorni per qua-

lunque di queste vie; la lunga durata è dovuta alla seconda parte del viaggio, poichè difettano le navi celeri. In 1ª classe (non sono consigliabili altre classi) il viaggio importa incirca 1000 dollari. (Tutto compreso, richiede presso che 3 mesi di tempo e una spesa di 50.000 lire it.: dubitiamo forte che dall'Italia partecipi qualche chirurgo a questo congresso). Segretario generale è il dott. F. J. Pinkerton (la corrispondenza può inoltrarsi a: Seamer Street, Glebe, New South Wales, Australia). Per eventuali informazioni rivolgersi all'Agenzia Cook di Roma, via Vitt. Veneto 9-11.

Mostra internazionale della stampa.

Si terrà a Tiflis durante il 1932, in data da fissarsi; comprenderà 181 lingue, di 249 Paesi. Sarà limitata ai periodici. Avrà carattere itinerante: visiterà molte città di vari Paesi. Vi sono invitati i periodici di medicina.

Indirizzo: *Pressa*, « L'Exposition de la Presse de tous les Peuples », Boîte Postale 25, Tiflis, République Géorgienne, U. R. S. S.

Nella stampa medica.

Ha iniziato le pubblicazioni « Abruzzo Medico », organo ufficiale della Società medico-chirurgica degli Abruzzi; è diretto dal prof. Antonio Gasbarrini; redattore-capo ne è il prof. Antonio Merlini. Accoglie lezioni, contributi originali, casistica clinica, rilievi storici, recensioni, resoconti, notizie; è a periodicità non determinata. Costituisce un'affermazione culturale significativa dell'Abruzzo. Il primo numero (nov.-dic. 1930) si apre con una lezione del prof. R. Paolucci e reca vari contributi pregevoli. Gli uffici hanno sede in Teramo, via S. Carlo 19; l'abbonamento annuo importa L. 30. Auguri cordialissimi.

« The Journal of Thoracic Surgery », organo ufficiale dell'« American Association for Thoracic Surgery », risponde allo sviluppo rapido e poderoso della chirurgia toracica. È a periodicità non determinata Viene édito dalla « C. V. Mosby Company » di St. Louis (Pine Boulevard 3523), S. U. d'A.

Corsi complementari d'igiene pratica.

Saranno tenuti per aspiranti alla carriera sanitaria:

presso la R. Università di Napoli, dal 18 gennaio al 18 marzo; tassa L. 400, da versarsi all'economo della R. Università. Le inscrizioni si ricevono fino al 16 gennaio;

presso la R. Università di Firenze dal 1° marzo al 30 aprile; tassa di inscrizione L. 300,50, più un contributo di L. 50,10 per le spese di laboratorio: l'una e l'altro da corrispondere alla Cassa dell'Università (Cassa Risparmio di Firenze, via Bufalini 6);

presso la R. Università di Pisa, dal 1° aprile al 31 maggio; tassa L. 300, da versare alla Cassa Universitaria (Cassa di Risparmio di Pisa).

Corso sulla tubercolosi polmonare in Spagna.

Si svolgerà dal 15 febbraio al 31 marzo, in Madrid, ponendo a profitto i mezzi d'insegnamento che offrono l'Ospedale Nazionale delle Malattie Infettive, le Infermerie di Chamartin, i sanatori di Tablada e Valdelatas, il dispensario dell'Università e l'« Instituto Antituberculoso de las Peñuelas ». Saranno ammessi non più di 50 allievi, per ordine di domanda, divisi in 5 gruppi di 10 allievi ciascuno, che si alterneranno nei vari istituti, in cicli della durata di una settimana. Tassa d'iscrizione: 100 pesetas. Rivolgeri all'istituto predetto.

Una conferenza.

Il prof. Nicola Pende, clinico di Genova, nella Scuola ospedaliera di Roma ha tenuto una conferenza sul tema: « Tonicità e contrattilità nei cuori malati ». Ha dimostrato l'importanza clinica di un principio da lui trovato fin dal 1919, ossia che la tonicità del cuore è la premessa indispensabile per l'attuazione della legge di Maestrini-Starling, legge per cui il cuore, dilatandosi attivamente, può aumentare l'energia delle contrazioni. Inoltre ha illustrato una sindrome, da lui chiamata « ipertensione venosa costituzionale », in cui esiste un aumento permanente della pressione venosa, ed è dimostrabile uno stato di aumentata tonicità delle pareti dell'orecchietta destra. Quesa sindrome costituzionale può simulare uno stato di scompenso circolatorio venoso, e perfino una stenosi della mitrale. Il prof. Pende ha esposto due nuovi metodi d'indagine clinica per l'accertamento così della tonicità, come della contrattilità del cuore malato. Uno di tali metodi consiste nell'analisi del polso giugulare raccolto con procedimento fotografico prima e dopo una resistenza opposta al lavoro del cuore. Un altro metodo è quello di fotografare, mediante uno speciale apparecchio, la contrazione sistolica e la diastole del cuore nei suoi vari segmenti, così da avere riprodotta l'immagine dei movimenti del muscolo cardiaco. Con questo nuovissimo mezzo è possibile controllare anche l'effetto dei vari rimedi sulla tonicità e sulla contrattilità del muscolo cardiaco. L'oratore ha avuto occasione di ricordare vari studiosi italiani, quali il Maragliano, il Castellino, che ha scoperto leggi fondamentali sulle aritmie, Minervi, V. Ascoli, Sabatini, Maestrini, Lafranca, Pace, Meldolesi, Sebastiani, Cignolini e altri.

All'Ufficio internazionale d'igiene pubblica.

Il Comitato permanente si è adunato in sessione ordinaria a Parigi dal 1° al 10 ottobre, sotto la presidenza del dott. Velghe; l'Italia era rappresentata dal dott. Lutrario. Vennero presi in esame numerosi problemi: pellegrinaggio musulmano, convenzione sanitaria internazionale, servizio medico e sanitario a bordo delle navi, convenzione internazionale dell'oppio, diffusione e profilassi di varie malattie epidemiche: peste, colera, ittero emorragico, tifo esantematico, vaiolo minore, malaria, tubercolosi, febbre ondulante, poliomielite, meningite cerebro-spinale, esantema miliariforme infantile, lebbra, tracoma, reumatismi, ecc.; l'assemblea si è occupata anche degli esami medici periodici, della tutela sanitaria dei lavoratori indigeni, ecc.

Pro Croce Rossa.

In una delle recenti sedute parlamentari l'on. Giardina ha parlato sul disegno di legge relativo alla istituzione della « Giornata della Croce Rossa », ponendo in rilievo il particolare significato etico e sociale di questo provvedimento. E bene, ha detto, che la Camera non lasci passare occasione per manifestare il suo consenso a tutto quanto si riferisce al perfezionamento dell'assistenza e della sanità pubblica. Ricordò le grandi benemerenze della Croce Rossa in guerra e in pace, in collaborazione con gli organi statali di profilassi sociale. Essa però

non trova nel suo bilancio i mezzi per far fronte a tutti i suoi alti compiti, onde molto opportuna è l'istituzione della « Giornata della Croce Rossa ». Questo provvedimento, con cui si aumentano le possibilità di rendimento della Croce Rossa, dimostra altresì la fiducia del Governo nel sentimento di solidarietà sociale che anima il nostro popolo.

Il Calendario e l'Agenda della Croce Rossa.

Anche per l'anno 1932 la Croce Rossa Italiana ha preparato il « Calendario » che costituisce ormai una simpatica tradizione.

Il Calendario 1932 reca una suggestiva illustrazione eseguita espressamente dal pittore Spoltore, racchiusa in una artistica cornice robbiana, su di un antico sfondo oro fiorentino. Costa L. 15. Il grande successo che ha sempre, e con sempre maggiore intensità, arriso a questa iniziativa, ha fatto pensare ad un'altra pubblicazione che si abbina al Calendario, e che è costituita da una utile Agenda, la quale importa L. 20 (tipo di lusso L. 50).

Il sanatorio di Pozzuoli.

Con l'intervento delle LL. AA. RR. il Principe e la Principessa di Piemonte, e di S. A. R. la Duchessa d'Aosta madre e delle maggiori autorità della Provincia di Napoli, ha avuto luogo in Pozzuoli l'inaugurazione del preventorio della Croce Rossa Italiana, che si intitola a Umberto di Savoia.

Mons. Petrone, vescovo di Pozzuoli, ha proceduto alla benedizione dei locali, che sono stati poi minutamente visitati dalle LL. AA. RR., accompagnate dal sen. Cremonesi, presidente della C. R. I., e dal dott. Matteucci, direttore del sanatorio.

Questo sorge su di un'area di 120.000 mq. e domina il magnifico golfo di Napoli e le isole dell'arcipelago partenopeo.

Nell'atrio una grande lapide reca la seguente scritta: « Regnando Vittorio Emanuele III, Capo del Governo e Duce del Fascismo Benito Mussolini, la Croce Rossa Italiana, per merito del suo presidente Filippo Cremonesi, compiva questo Istituto di carità, intitolato al nome augusto di Umberto di Savoia, l'anno MCMXXXI-X E. F. ».

Cospicua donazione.

La « Gazzetta Ufficiale » ha pubblicato un R. D. 14 agosto 1931, col quale, su proposta del Ministro per l'Educazione Nazionale, il R. Istituto Lombardo di Scienze e Lettere di Milano, è autorizzato ad accettare un'offerta di L. 30.000 allo scopo di istituire un premio biennale perpetuo denominato « Premio Carlo Koristka », da conferirsi, mediante concorso, al miglior lavoro di ottica.

Beneficenza.

La Banca Commerciale Italiana ha erogato la somma di lire 500.000 — versatele dal sig. Brusadelli, come da dichiarazioni in un giudizio svoltosi alla Corte d'Appello — destinando L. 270.000 alle opere di assistenza invernale del P. N. F. in varie città d'Italia, e L. 230.000 da ripartire fra la Croce Rossa Italiana, l'Opera nazionale maternità e infanzia, l'Istituto Materno Regina Elena di Roma, l'Opera di Prevenzione antitubercolare infantile, l'Ospizio nazionale piccoli derelitti e la Congregazione di Carità di Milano e l'Opera Pia Sanatori Popolari di Milano e provincia.

Ospedale per asmatici.

A Gladbach-Rheydt (Prussia) è stato costruito un nuovo ospedale per asmatici; contiene, tra l'altro, 24 camere anallergiche. L'aria, aspirata alla sommità di una torre alta 30 metri, viene sottoposta a refrigerazione, onde precipitarne il vapore acqueo, e poi riportata ad una temperatura idonea.

Incendio di un ospedale.

Un incendio, sviluppatosi di notte, ha completamente distrutto l'Ospedale psichiatrico di Falconwood a Charlotteon (Isole del Principe Edoardo, nel Golfo di San Lorenzo, Dominio del Canadà). Trecento pazzi furono obbligati, in tenuta notturna, a saltare dai letti e ad uscire sotto un freddo intenso; due rimasero uccisi nel saltare dall'ultimo piano dell'edifizio; un altro è rimasto arso vivo. Si calcola che i danni ascendano a circa 10 milioni di lire it.

Incendio nell'Università di Johannesburg.

Un gravissimo incendio scoppiato nel palazzo dell'Università di Johannesburg ha distrutto completamente la parte centrale dell'edificio, tra cui la biblioteca. Sono andati perduti la maggior parte dei suoi 35.000 volumi, tra cui documenti storici di valore. I danni sono valutati a centomila lire sterline.

Onoranze al prof. Uberto Arcangeli.

Il prof. Uberto Arcangeli, primario medico del 7° Padiglione al Policlinico Umberto I di Roma, avendo compiuto il 70° anno, lascia, per limiti di età, il suo posto.

Si è costituito un Comitato allo scopo di organizzare delle onoranze all'insigne medico, il quale attraverso 40 anni di luminosa ed appassionata attività, ha raggiunto la dignità di un vero Maestro.

Il Comitato si prefigge anzitutto il compito di ristampare in volume gli scritti più notevoli del prof. Arcangeli.

Tutti coloro i quali desiderano partecipare a queste onoranze sono pregati di inviare adesioni e contributi al segretario del Comitato stesso, dott. Amedeo Piccinelli, 7° Padiglione, Policlinico Umberto I, Roma.

Onoranze al dott. Di Tommasi.

Il gr. uff. dott. Di Tommasi, direttore delle Terme di Agnano, cui si deve in gran parte la valorizzazione delle proprietà terapeutiche di quelle acque, ha compiuto recentemente un cinquantennio di laurea. In tale occasione un gruppo di ammiratori e di amici ha festeggiato il valente sanitario.

In memoria del prof. Clementi.

Il podestà di Caltagirone, accettando una proposta dell'ufficiale sanitario G. La Rosa, con unanime voto della Consulta ha deliberato di onorare e tramandare la memoria dell'illustre compianto concittadino prof. Clementi, apponendo una targa commemorativa sul prospetto della casa ove nacque, sulla via Corso Ferrai, che sarà chiamata via Gesualdo Clementi. È stato invitato, dal Podestà, il prof. Lino, chirurgo primario dell'Ospedale e docente nell'Ateneo Catanese, a tessere l'elogio commemorativo dell'Estinto. La data della commemorazione verrà stabilita subito appena il deliberato Podestarile avrà riportata l'approvazione

della Superiore Prefettura e del Ministero competente per quanto riguarda il nuovo battesimo della via Corso Ferrai.

Per l'autorizzazione a viaggiare quali medici di bordo.

Un decreto del Capo del Governo indice la revisione delle autorizzazioni ad imbarcare quale medico di bordo concesse dal 30 nov. 1921 al 29 dicembre 1924 inclusi. Entro il 20 febbraio 1932 i sanitari interessati dovranno presentare al Ministero dell'interno il decreto di autorizzazione ad imbarcare, unitamente ai certificati di rito.

Concorso annullato.

La 5ª Sezione del Consiglio di Stato, presieduta dal sen. Alberto Pironti, su ricorso del prof. Raffeale Calvanico, l'11 dic. ha annullato il concorso a direttore della Maternità degli Incurabili di Napoli.

Limitazione all'esercizio di medici stranieri in Francia.

Una recente legge stabilisce che per l'esercizio della medicina in Francia si richiede la nazionalità francese. È fatta eccezione per i medici stranieri originari di Paesi ove è concesso l'esercizio ai medici francesi; ma solo a parità di numero.

Per gli orfani dei medici morti in guerra.

Il Comitato nazionale per l'assistenza agli orfani dei medici morti in guerra ha fatto allestire una serie di cartoline illustrate, con la quale, in 24 visioni del pittore Apolloni e con intonate diciture, è liricamente celebrato l'eroismo del medico, in guerra e in pace, nella ossessione della trincea e nel faticoso, oscuro, periglioso adempimento della sua missione quotidiana. Gl'introiti saranno destinati all'assistenza degli orfani di medici morti in guerra. L'offerta è stabilita in L. 12, che dovranno essere inviate alla sede del Comitato, via Nazionale 172, Roma.

Morti violente di sanitari.

Il dott. Luigi Crea, da Stilo (Reggio Calabria), è stato travolto ed ucciso da un torrente in piena.

Il dott. Paolo Anzeletti, medico condotto a Ficulle, è stato ucciso da un possidente del luogo, a colpi di rivoltella, a quanto pare per ragioni di gelosia. Era nato a Roma; contava 27 anni.

Il dott. DAVID BRUCE — della cui morte abbiamo già dato una sommaria notizia — ha compiuto una serie di scoperte fondamentali. Nell'Ospedale di La Valetta, a Malta, identificò l'agente causale della febbre ondulante. Nel Sud-Africa accertò che l'agente causale del nagana (malattia del bestiame) è un tripanosoma. Nell'Uganda riconobbe il compito delle glossine (mosche tsé-tsé) nella trasmissione della malattia del sonno.

Ha avuto molta parte anche nell'organizzazione di campagne sanitarie. Apparteneva al corpo sanitario militare inglese, e durante la guerra raggiunse il grado supremo della carriera: gli fu affidata la direzione generale del servizio sanitario.

La moglie, Mary Elizabeth Steele, fu sua collaboratrice preziosa e lo accompagnò sempre nelle sue peregrinazioni. È noto che durante i funerali della moglie, nella cattedrale di Londra, egli si è spento improvvisamente.

Era nato in Australia nel 1855. P.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

British Med. Journ., 26 sett. — J. Young. Menorragie da cause extrauterine. — S. Parkes. Aspetti fisiologici della mestruazione. — J. Grant. Ricerche sui portatori difterici.

Med. Welt, 26 sett. — A. Lauche. Stato odierno della coltura dei tessuti. — Aschner ed altri. Esiste una vera febbre dentaria?

Deut. Med. Wochens., 25 sett. — v. Weizsäcker. Il concetto di capacità di lavoro. — Moser. Valore diagnostico della mielografia.

Zblatt. f. inn. Med., 26 sett. — G. Zickgraf. La clorofilla in terapia.

Wiener Klin. Wochens., 25 sett. — Weiss. Il principio di risonanza nell'attività nervosa. — Aschner. Il trattamento somatico della demenza precoce. — Rubritius. Sintomi della prostatite e direttive del trattamento.

Münch. Med. Wochens., 25 sett. — Pettinger. Diagnosi dei vizi valvolari combinati. — Wohfall. Gli aminoacidi dello sputo ed il bac. tub. — Koeppe. La catalasimetria del sangue in clinica.

Rev. Méd. de Chile, luglio — Charlin. La nuova sindrome del nervo nasale e sue forme larvate. — Nijamkin e Zavala. I sali di chinino nell'ipertiroidismo.

Id., ag. — Verdaguer e Schweitzer. Il metodo di Gonin nel distacco di retina. — Sierra. Interpetrazione del collasso e dello « shock ».

Minerva Med., 22 sett. — I. Simon. Osservazioni sul siero Normet.

Presse Méd., 23 sett. — Labbé. Trattam. delle gangrene diabetiche. — Gallart-Mones e Fontouberta Casas. Studi sull'insufficienza epatica.

Zeit. f. Tub., vol. 61, n. 2-3. — Dedicata al Congresso annuale del Comitato tedesco per la lotta antitub.

Arch. It. di Dermat., ecc., ag. — V. Tramontano e C. Fittipaldi. Emangioendotelioma cutaneo del Kaposi.

Arch. It. di Urol., sett. — S. Zanetti. La pielografia. — L. Serra. Valore dell'indacanuria nell'esploraz. funzion. del rene.

Amer. Journ. of Cancer, Suppl. lug. — H. Gideon Wells, G. S. Sharp. Leucoplasia dell'esofago. — J. W. Spies. Effetti biologici delle sostanze radioattive. — R. O. Barnard. Effetto dell'alcalosi dietetica sullo sviluppo del sarcoma dei ratti.

Amer. Med., sett. — C. T. Perkins. Diatermoterapia della paral. progress. — T. Swann Harding. Emozioni e digestione.

Giorn. di Cl. Med., 20 sett. — G. Dagnini. Pseudovalvole del cuore.

Paris Méd., 26 sett. — Tifeneau. Ormoni sintetici e loro succedanei.

Journ. Méd. Franç., ag. — Numero sull'arsenoresistenza.

Edinb. Med. Journ., ott. — D. M. Dulop e R. M. Murray Lyon. Obesità.

Pediatria, 1 ott. — A. Signa. Meningite cer.-sp. da bacillo di Pfeiffer. — D. Argarano e C. Gabriele. Vaccinaz. antivaricellosa.

Accad. Med., 15 sett. — N. Pende. Vere e false robustezze.

Presse Méd., 30 sett. — J.-A. Chavany. Diagnosi dei tumori intra-protuberenziali. — L. Cerf e N. Pauly. Iperglicemia consecutiva agli interventi sulle vie digestive.

Arch. di Pat. e Cl. Med., sett. — C. Dessylla. Diabete mellito infantile. — P. Cocchieri. Pneumotorace spontaneo nell'infanzia.

Journal A. M. A., 19 sett. — L. W. GOSHANN. Insegnamento medico e medicina rurale.

Rass. Internaz. di Cl. e Ter., 15 sett. — P. FARNETTI. Cura del trofoedema di Meige. — H. RUGE. Cosidetti bubboni climatici.

Revue Belge des Sc. Méd., giu.-lug. — Fascicolo in onore di A. Lemaire.

Mediz. Klinik, 2 ott. — V. SCHMIEDEN e KRAAS. Megaduodeno. — W. SCHREIBER. Dieta di mele e flora intestin.

Giorn. Veneto di Sc. Med., ag. — V. VALLE. La malaria nelle Venezie.

Rif. Med., 21 sett. — R. R. PIZZINI e Z. F. FANELLI. Ricambio nell'ittero emolit.

Radiol. Med., ott. — L. TALAMO. Perforazioni subacute del duodeno. — C. BECCHINI. Rinoscleromi radiumtrattati.

Arch. Méd.-Ch. de l'App. Resp., 2. — Numero sull'esploraz. radiologica degli org. respir.

Rev. Neurol., sett. — D. E. PAULIAN e I. BISTRICEANN. Malarioterapia.

Zbl. f. Chir., 3 ott. — G. RICHTER. Tecnica della sutura dei nervi. — J. EPSTEIN. Riempimento di contrasto dell'articolaz. del ginocchio.

Wien. Klin. Woch., 2 ott. — KUMER. Radiumterapia. — KAHLER. Patogenesi dell'ipertens. arteriosa.

Arch. It. di Dermat. ecc., sett. — P. CERUTTI. « Scabies Norvegica ». — G. GUARDATI. Sistema r.-e. in alcune dermatosi.

Practitioner, ott. — Numero di ematologia.

Münch. Med. Woch., 2 ott. — SCHÜBEL. Azione della chinina sull'utero. — PÄSSLER. Focolai infettivi cronici del cavo orale.

Deut. Med. Woch., 2 ott. — GRASHEY e al. Radioterapia del cancro. — FRIEBOES. Il problema del sale.

Ann. di Ost. e Gin., 30 sett. — A. MIGLIAVACCA. Trasmissione transplacentare dell'ultravirus tbc. — P. TAGLIAFERRO. Rachianestesia novocainica nella prat. ginecol.

Paris Méd., 3 ott. — Numero di neurologia.

Arch. It. di Chir., sett. — M. DONATI. Anomalia di fissazione dell'ansa ileo-colica e appendicite. — G. BETTAZZI. Carcinoma da catrame nell'uomo.

Riv. San. Sic., 1 ott. — M. ASCOLI. Tumore pleuro-polmon. — G. CIRIMINNA. Trauma e tbc.

Journ. A. M. A., 26 sett. — H. N. COLE e al. Effetti tossici delle arsfenamine. — W. B. CASTLE e al. Disturbi diger. e anemie. — F. N. LASHMET. Trattam. degli edemi nefritici con acidi.

Presse Méd., 7 ott. — ERN. SERGENT e al. Pneumotomia e pneumectomia parziale.

Giorn. di Batteriol. e Immunol., sett. — R. PALMA, M. ROMEO. Azione dei trefoni embrionari sulle infezioni. — I. GAZZOTTI. Pneumoniti e pneumococchi. — L. TROSSARELLI. Isolam. dei germi patogeni da focolai morbosi.

Rif. Med., 28 sett. — D. GIORDANO. Disturbi angioneurotici degli arti infer. — A. TARSITANO. Glicemia differenziale capillaro-venosa nelle malattie di fegato.

Minerva Med., 6 ott. — L. D'ANTONA. Azione dei diuretici e diabete insipido.

Speriment., 3 ott. — S. BELFANTI. Riso e beriberi. — F. PESCATORI e W. ROGERS. Genesi spastica delle ulcere gastriche. — E. CUBONI. Batteriofago.

Riv. Españ. de Med. y Cir., ott. — V. GONZÁLEZ CALVO e J. MARTINEZ BRUNA. Influenza dell'istamina sulla pH sanguigna e sulla riserva alcalina.

Cl. e Ig. infant., sett. — C. AMATI. Influenza dell'uovo sullo sviluppo e sull'accrescimento dei giovani organismi.

Riv. di Cl. Pediatr., sett. — L. VIOLA. Asma bronchiale anafilattico nel bambino.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XXXIX — Roma, 11 Gennaio 1932 - X — Num. 2

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

Istituto di Clinica Medica della R. Università di Roma.
Direttore inc.: Prof. S. SILVESTRI.

Sulle variazioni della chetonemia nelle affezioni epatiche

per il dott. C. TOSCANO.

Le nozioni moderne sulla chetogenesi e sulla chetolisi hanno richiamato l'attenzione degli studiosi sulla influenza presumibilmente notevole che su tali processi deve esercitare il fegato. È infatti logico pensare che un'alterazione epatica, in quanto influisce sulla normale funzione glicopessica del fegato, possa alterare il metabolismo dei grassi e delle proteine, in modo da determinare accumulo di chetoni nel sangue. Ciò a prescindere dalla possibilità che il fegato più direttamente regoli il ricambio dei chetoni.

Che il fegato abbia importanza dominante nella genesi dei corpi chetonici sia normalmente che nel digiuno idrocarbonato, e quindi anche nel diabete, è stato dimostrato da Fischler con un interessante esperimento. Se si somministra al cane della florizina, si realizza la condizione più atta al manifestarsi della chetosi, cioè il depauperamento in carboidrati circolanti e di riserva; ora, se si pratica la fistola di Eck, in modo da deviare gran parte del sangue dal fegato e da produrre una ipofunzione di quest'organo, la florizina provoca una chetosi molto minore che nel cane a circolazione normale. Praticando invece la fistola di Eck invertita (immissione del sangue dalla vena cava inferiore nella porta) la florizina produce una chetosi enorme. Ciò sarebbe dovuto, secondo Fischler, alla maggiore irrigazione e quindi più ampia ca-

pacità funzionale del fegato in queste condizioni sperimentali.

Embden e Lattes hanno d'altra parte dimostrato che la formazione dell'acetone, nei cani avvelenati con florizina, è maggiore che negli animali normali.

Külz, Klemperer, Czerny, Rosenfeld e Hirschfeld hanno trovato aumento dei chetoni in stati di autointossicazione di varia origine.

Krause in un caso di coma epatico trovò una diminuzione dell'alcalinità del sangue. Altri AA. hanno dimostrato uno stato di acidosi in malattie del fegato, ricercando l'aumentata eliminazione dell'ammoniaca nelle urine.

L'importanza della mancanza di glicogeno nel fegato sulla comparsa dei corpi chetonici nelle urine, veniva messa in evidenza con ricerche istologiche eseguite su fegati sicuramente alterati.

Bockelmann e Boch dimostrarono nelle donne eclamptiche un frequente aumento nel sangue dei chetoni, mentre il fegato era quasi completamente privo di glicogeno.

Berlin e Jitz trovarono una chetonuria aumentata in malati di fegato alimentati con molti grassi.

Uno studio clinico importante sulla chetonemia negli epatopazienti è stato condotto da Seelig. Seelig, eseguendo numerose determinazioni della chetonemia in individui affetti da malattie epatiche, ha constatato che negli ammalati nei quali, in base ai reperti clinici, si poteva pensare ad un'alterazione parenchimale del fegato, ma specialmente nell'ittero semplice catarrale, esiste un aumento nel sangue dell'acido β-ossibutirrico, al quale spesso si associa aumento dell'acetone e dell'acido diacetico. Seguendo questi ammalati per varie settimane, con ripetute determinazioni, Seelig ha potuto constatare che durante il trattamento clinico, nei casi in cui si era notato aumento della chetosi, si ha in genere un abbassamento dei valori della chetonemia. In qualche caso si ha un'alternativa di abbassamenti e di successivi aumenti, prima che i valori tornino al normale. Nei casi di ittero catarrale, Seelig trovò valori di partenza sempre al di sopra di 10 mgr. % per l'ac. β-ossibutirrico, in ammalati che ricevevano un nutrimento privo di carne e di grassi e ricco di idrati di carbonio, trattati con terapia insulina-glucosio.

Seelig, in base ai suoi risultati, mentre considera confermata la natura parenchimale dell'alterazione epatica nell'ittero catarrale, pensa che l'aumento dei chetoni in questi malati faciliti la comprensione di alcuni sintomi clinici che in essi si osservano (vomito, cefalea, vertigini). Crede anche che la nozione di chetosi da alterazione parenchimale del fegato giustifichi la terapia insulina-glucosio proposta in questi casi.

L'aumento della chetonemia nei malati con alterazioni parenchimali del fegato è stato osservato anche da Scherk, ma non costantemente; i valori della chetonemia non vanno d'altra parte, secondo i risultati di questo A., paralleli con la gravità della malattia.

In conclusione, tanto gli studi sperimentali che le osservazioni cliniche fanno pensare che il fegato abbia notevole importanza nella genesi e nel ricambio intermedio dei chetoni, e che nello studio della chetonemia si possa trovare un mezzo per apprezzare lo stato funzionale dell'organo leso nel suo parenchima.

L'importanza dell'argomento mi ha indotto a portare un contributo di osservazioni personali, studiando il comportamento della chetonemia in un certo numero di infermi, di cui alcuni portatori di affezioni epatiche, altri affetti da malattie diverse, con o senza interessamento del fegato. Tutti gli infermi seguivano le prescrizioni dietetiche relative al loro stato morboso. I prelevamenti di sangue furono eseguiti da una vena del braccio, al mattino, a digiuno. Il dosaggio dei chetoni nel sangue fu eseguito con il classico metodo di Engefeldt.

OSSERVAZIONE I. — T. G., a. 24. *Ittero infettivo.*
Acetone + ac. diacetico mgr. 1,64 %
Acido β-ossibutirrico » 4,40 »

OSSERVAZIONE II. — C. F., a. 34. *Ittero infettivo.*
Acetone + ac. diacetico mgr. 3,68 %
Acido β-ossibutirrico » 6,16 »

OSSERVAZIONE III. — A. F. V., a. 19. *Ittero infettivo.*
Acetone + ac. diacetico mgr. 7,68 %
Acido β-ossibutirrico » 12,54 »

OSSERVAZIONE IV. — C. V., a. 22. *Ittero semplice.*
Acetone + ac. diacetico mgr. 2,96 %
Acido β-ossibutirrico » 4,40 »

OSSERVAZIONE V. — A. F., a. 48. *Ittero da stasi.*
Acetone + ac. diacetico mgr. 2,04 %
Acido β-ossibutirrico » 4,80 »

OSSERVAZIONE VI. — S. R., a. 32. *Colecistite.*
Acetone + ac. diacetico mgr. 0,82 %
Acido β-ossibutirrico » 3,08 »

OSSERVAZIONE VII. — T. G., a. 61. *Cirrosi epatica.*
Acetone + ac. diacetico mgr. 3,24 %
Acido β-ossibutirrico » 5,94 »

OSSERVAZIONE VIII. — Q. L., a. 59. *Cirrosi epatica.*
Acetone + ac. diacetico mgr. 5,63 %
Acido β-ossibutirrico » 6,16 »

Osservazione IX. — P. G., a. 66. *Cirrosi epatica.*
Acetone + ac. diacetico mgr. 4,60 %
Acido β-ossibutirrico » 9,24 »

Osservazione X. — D. F. F., a. 61. *Cancro del fegato.*
Acetone + ac. diacetico mgr. 1,33 %
Acido β-ossibutirrico » 1,98 »

Osservazione XI. — G. A., a. 43. *Cancro del fegato.*
Acetone + ac. diacetico mgr. 1,94 %
Acido β-ossibutirrico » 2,20 »

Osservazione XII. — G. M., a. 66. *Scompenso cardiaco.*
Acetone + ac. diacetico mgr. 5,32 %
Acido β-ossibutirrico » 8,80 »

Osservazione XIII. — G. A., a. 33. *Scompenso cardiaco.*
Acetone + ac. diacetico mgr. 4,91 %
Acido β-ossibutirrico » 7,48 »

Osservazione XIV. — B. A., a. 66. *Scompenso cardiaco.*
Acetone + ac. diacetico mgr. 3,28 %
Acido β-ossibutirrico » 8,36 »

Osservazione XV. — S. U., a. 55. *Scompenso cardiaco.*
Acetone + ac. diacetico mgr. 4,50 %
Acido β-ossibutirrico » 8,90 »

Osservazione XVI. — G. B., a. 57. *Scompenso cardiaco.*
Acetone + ac. diacetico mgr. 1,64 %
Acido β-ossibutirrico » 4,40 »

Osservazione XVII. — P. G., a. 39. *Scompenso cardiaco.*
Acetone + ac. diacetico mgr. 3,88 %
Acido β-ossibutirrico » 6,16 »

Osservazione XVIII. — R. Q., a. 41. *Scompenso cardiaco.*
Acetone + ac. diacetico mgr. 1,74 %
Acido β-ossibutirrico » 5,09 »

Osservazione XIX. — B. Q., a. 11. *Malaria recidiva.*
Acetone + ac. diacetico mgr. 1,43 %
Acido β-ossibutirrico » 4,18 »

Osservazione XX. — S. L., a. 29. *Cisti di echinococco del polmone.*
Acetone + ac. diacetico mgr. 0,92 %
Acido β-ossibutirrico » 1,70 »

Osservazione XXI. — C. T., a. 23. *Polmonite lobare.*
Acetone + ac. diacetico mgr. 3,38 %
Acido β-ossibutirrico » 5,94 »
Dopo la crisi:
Acetone + ac. diacetico mgr. 1,94 %
Acido β-ossibutirrico » 3,74 »

Osservazione XXII. — Q. Q., a. 39. *Emoistioblastosi.*
Acetone + ac. diacetico mgr. 2,65 %
Acido β-ossibutirrico » 4,18 »

Osservazione XXIII. — Q. M. G., a. 33. *Diabete mellito.*
Acetone+ ac. diacetico mgr. 5,73 %
Acido β-ossibutirrico » 9,24 »

Osservazione XXIV. — B. I., a. 28. *Tbc. polmonare. Diabete mellito.*
Acetone + ac. diacetico mgr. 6,55 %
Acido β-ossibutirrico » 25,08 »

Osservazione XXV. — G. N., a. 52. *Diabete mellito.*
Acetone + ac. diacetico mgr. 7,68 %
Acido β-ossibutirrico » 14,52 »

Osservazione XXVI. — S. P., a. 38. *Febbre mediterranea.*
Acetone + ac. diacetico mgr. 8,49 %
Acido β-ossibutirrico » 25,96 »
Fu eseguita una seconda determinazione durante un periodo di remissione:
Acetone + ac. diacetico mgr. 3,88 %
Acido β-ossibutirrico » 7,92 »

Osservazione XXVII. — F. A., a. 28. *Febbre mediterranea.*
Acetone + ac. diacetico mgr. 3,99 %
Acido β-ossibutirrico » 4,62 »

Osservazione XXVIII. — S. L., a. 15. *Pleurite essudativa D.*
Acetone + ac. diacetico mgr. 4,60 %
Acido β-ossibutirrico » 6,82 »

Riassumendo, in due casi di ittero su cinque, e precisamente in due casi di ittero infettivo, si è osservato aumento netto della chetonemia, che interessava tanto l'acetone e l'ac. diacetico che l'ac. β-ossibutirrico. Notevole sopratutto il caso n. 3 nel quale si sono ottenuti valori rispettivamente di 7,68 e 12,54 mgr. %. In un terzo caso di ittero infettivo tutte le frazioni dei corpi chetonici sono risultate normali. Solo un leggero aumento dell'acetone e dell'acido diacetico si è avuto negli altri due casi di ittero.

Notevole aumento della chetonemia si è osservato in cinque casi su sette di scompenso cardiaco e in tutti i casi (3) di cirrosi epatica. Si è poi ancora osservato aumento delle tre frazioni in tre casi di diabete mellito, di cui uno complicato da tubercolosi polmonare, in un caso di pleurite essudativa D. ed in un caso di melitense. Degni di nota sono i valori ottenuti nel caso n. 26 (melitense), valori molto alti (mgr. 8,49 e 25,96 %) in corrispondenza dei quali fu constatata presenza di tracce di acetone nelle urine. Una seconda determinazione, eseguita durante un periodo di remissione, fece constatare valori notevolmente più bassi (mgr. 3,88 e 7,92 %). In un caso di polmonite lobare si sono notati ancora valori aumentati specie a carico dell'acetone e dell'ac. diacetico (mgr. 3,38 e 5,94 %). Intervenuta la crisi, i valori della chetonemia furono ritrovati entro limiti normali (mgr. 1,94 e 3,74 %).

Un modico aumento, limitato alla frazione acetone preformato + acetone dell'acido diacetico, fu constatato in un caso di emoistio-

blastosi ed in un secondo caso di melitense. Negli altri casi si ottennero valori normali.

In complesso, dunque non ho ottenuto, nei casi di alterazioni parenchimali del fegato con ittero, quella costanza di risultati nel senso dell'aumento della chetonemia, che è stata osservata da Seelig. Ho ottenuto però aumento in tutti i casi di cirrosi epatica, mentre l'aumento è mancato in un caso di ittero da stasi, in un caso di colecistite senza ittero e in due casi di cancro del fegato, il che fa pensare che l'aumento della chetonemia sia subordinato ad un'alterazione diffusa del parenchima epatico.

Interessante è la forte percentuale di alti valori chetonemici osservata nello scompenso cardiaco (aumento netto della chetonemia in cinque casi su sette). Bisogna poi notare che nei due casi in cui non si constatò aumento della chetonemia, il disturbo della funzione circolatoria era molto lieve ed in via di riparazione. Probabilmente il comportamento della chetonemia nello scompenso cardiaco è da riferire alla diminuzione dei processi ossidativi che si osserva nei cardiaci scompensati, ma non si può a meno di pensare che il disturbo funzionale indotto nel fegato dallo scompenso circolatorio abbia esercitato una sua influenza, forse preponderante, sullo stabilirsi della iperchetonemia. Avvalorano questa ipotesi l'aumento della chetonemia riscontrato in un caso di pleurite essudativa destra, e l'aumento notevolissimo, con contemporanea comparsa di tracce di acetone nelle urine, in un caso di melitense con notevole ingrandimento del fegato, che era anche dolente alla palpazione. In questo caso i valori della chetonemia risultarono molto diminuiti durante una remissione della malattia. Infine in un caso di polmonite lobare, da valori al di sopra della norma, constatati nel periodo di stato della malattia si passò a valori normali dopo la crisi.

Si tratta evidentemente di casi isolati, che vanno segnalati, malgrado non permettano una conclusione definitiva. Probabilmente però anche in questi casi bisogna pensare che un'alterazione funzionale del fegato, provocata dal processo infettivo, abbia determinato l'aumento della chetonemia.

In conclusione, dall'analisi dei valori della chetonemia ottenuti in 28 casi studiati, risulta che nelle affezioni epatiche, con o senza ittero, l'aumento dei corpi chetonici nel sangue costituisce un elemento utile per ammettere una lesione diffusa del parenchima epatico. È da ritenere inoltre probabile che un'alterazione funzionale del fegato, indotta da uno stato infettivo o tossico o da un disturbo circolatorio, possa determinare un'alterazione nel ricambio dei chetoni, con conseguente accumulo di essi nel sangue.

Giugno, 1931-IX.

RIASSUNTO.

L'A., studiando le variazioni della chetonemia in 28 casi, è arrivato alla conclusione che l'aumento dei corpi chetonici nel sangue costituisce un elemento utile per ammettere una lesione diffusa del parenchima epatico. Ha inoltre messo in evidenza che un'alterazione funzionale del fegato può determinare un disturbo nel ricambio dei chetoni con conseguente aumento di essi nel sangue.

BIBLIOGRAFIA.

ADLER e LANGE. Dtsch. Arch. Klin. Med., 157, 1927.
BERGMANN. Arztl. Jahresk., 1923.
BERLIN e JITZ. Zeit. Klin. Med., 109, 1928.
BIELSCHOWSKY. Ibid., 114, 1930.
BOCKELMANN. Arch. Ginäk., 123 e 129, 1927.
EMBDEN e LATTES. Hofmeisters Beitr., 11.
ENGEFELDT. Beitr. zur Kenntnis der Bioch. der Acetonkörper, Lund, 1920.
EPPINGER. Ikterus, Kraus, Brujsch.
FISCHLER. Physiol. und Pathol. der Leber, J. Springer, 1925.
FRERICHS. *Die Krankheiten der Leber.*
HALLERVORDEN. Arch. f. exp. Path., 12, 1880.
JUSTIN-BESANÇON. Rev. Méd., 47, 1930.
KLEMPERER. Berl. Klin. Woch., 40, 1881.
KRAUS. Kubarsch, Ostertag, Erg. 2.
KÜLZ. Zl. biol., 20, 1884.
LORENZ. Zeit. Klin. Med. ,19.
MAGNUS-LEWY. *Die Oxybuttersäure und ihre Bez. zum Coma Diab.* J. C. Vogel, 1889.
v. MERING. Z. Klin. Med., 16.
v. MERING e MINKOWSKI. Arch. f. exp. Path., 26.
MINKOWSKI. Ibid., 18.
MOURIQUAND e LEULIER. Rev. Méd. Chir. Mal. Foie ecc., 4, 1929
RICHTER. Ver. Ges. Verdgskrkh., 1925.
RONDONI. *Biochimica.* Un. Tip. Torin., 1925.
SCHERK. Med. Klin., 1928.
ID. Z. exp. Med., 64, 1929.
ID. Ibid., 112, 1930.
SEELIG. Ibid., 110, 1929.
SHAFFER. Journ. of Biol. Chem., vol. XLVII.
STADELMANN. Arch. f. exp. Path., 17.
UMBER. Hdh. der inn. Med., 1926.
ID. Med. Welt, 15, 1928.
WALTER. Arch. f. exp. Path., 7.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE MAGGIORE DI BOLOGNA - I SEZ. CHIR.
Direttore: prof. U. D. CALABRESE.

Su di un caso di frattura della base del cranio

per il dott. GIUSEPPE MUZZARELLI, assistente.

Le fratture della base del cranio, si complicano frequentemente con lesioni isolate dei nervi, che, in ordine di frequenza, sono: il facciale, l'uditivo, l'ottico, l'oculo motore comune e l'oculo motore esterno.

Sono rare le fratture con lesione dei nervi che escono dal foro lacero posteriore (sindrome di Vernet), e ancor più rare sono quelle fratture che, come nel nostro caso, si complicano a lesioni di un gran numero di nervi.

OSSERVAZIONE CLINICA. — C. A., di anni 40, vetturino, da Fermo. Entra in Ospedale d'urgenza la sera del 12 novembre 1928.

Anamnesi. — Il padre morì a 53 anni di mal di cuore; la madre, tuttora vivente, soffre di miocardite. Ebbe 7 figli, di cui una bambina morì in tenera età di enterite; tutti gli altri, ad eccezione del nostro infermo, godono buona salute.

L'infermo nacque a termine da parto fisiologico; ebbe allattamento materno, non soffrì dei comuni esantemi dell'infanzia. A 20 anni si contagiò di ulceri molli che curò subito convenientemente, ma che, ciò nonostante, si complicarono ad adenite inguinale destra, che il malato lasciò suppurare e guarire spontaneamente.

A 25 anni si sposò con una donna sana, dalla quale ebbe una figlia, nata regolarmente a termine, e che ha sempre goduto buona salute.

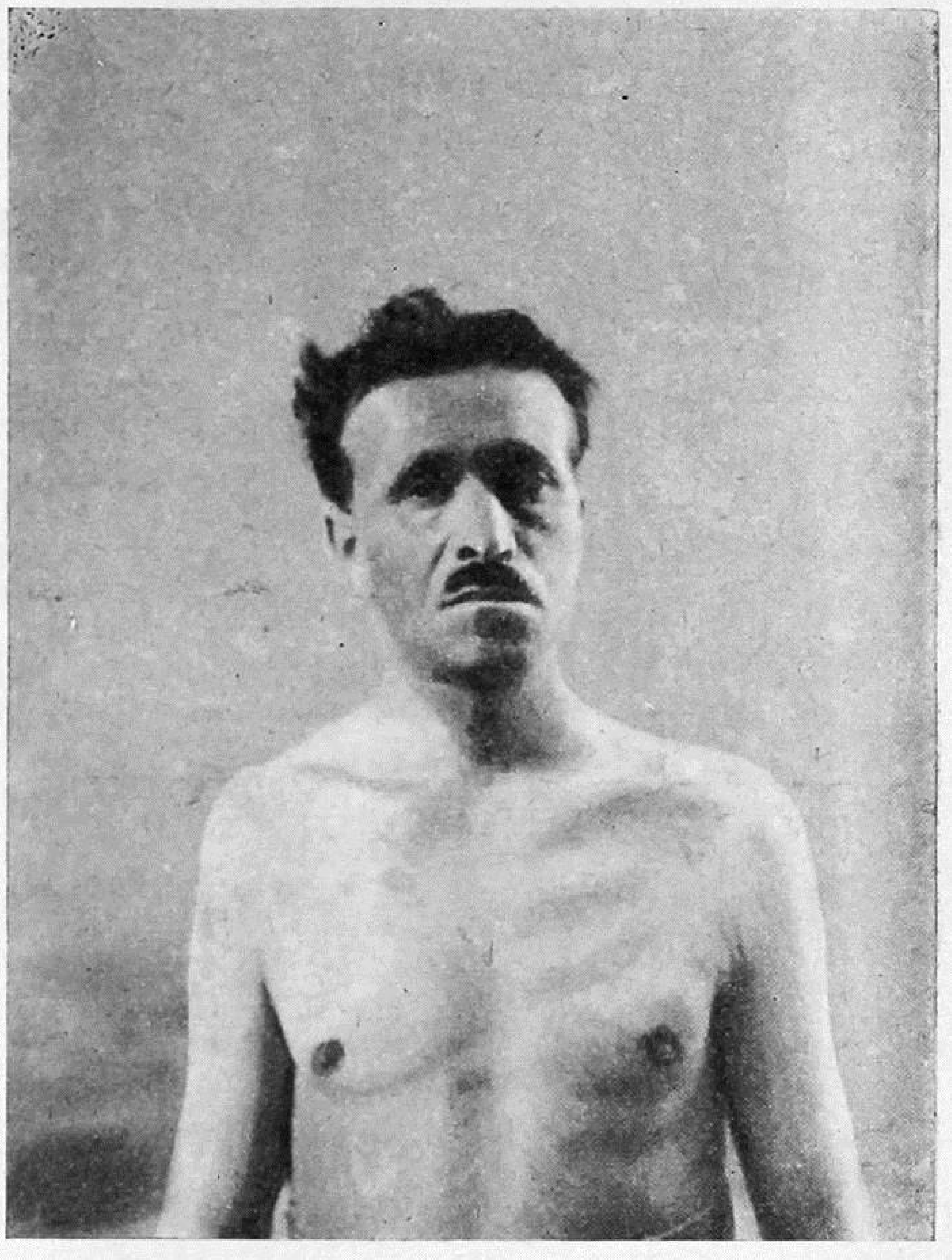
Verso le ore 23 di ieri sera, l'infermo nella sua qualità di vetturino, doveva accompagnare 4 persone ad un paese vicino alla città. Ad un dato punto della strada gli era stato fatto cenno di fermarsi e l'infermo era sceso dalla vettura per prendere ordini. Stava parlando con le persone sedute nell'interno della vettura, quando, avendo avvertito il sopraggiungere di una carrozza tramviaria, si era subito portato alla testa del cavallo per spostarlo da un lato della strada. L'infermo, ricorda bene che, afferrate le redini, stava allontanando la vettura dal binario osservando se la ruota posteriore destra ne era completamente al di fuori. In quel momento, avvertì un violentissimo colpo alla testa, poi perdette la conoscenza; solo stamane, risvegliandosi, si è accorto di trovarsi in ospedale.

All'entrata in ospedale l'infermo mostra di capire le domande che gli si rivolgono, ma non è in grado di rispondere. Ha un respiro stertoreo, frequentemente interrotto da forti colpi di tosse, durante i quali emette grandi boccate di sangue. Sangue in cospicua quantità il malato lo perde anche dal naso e dall'orecchio sinistro.

La metà sinistra della regione frontale è sede di una contusione, più accentuata sul sopraciglio, dove la palpazione risveglia vivo dolore e dà l'impressione di un leggero avvallamento.

Al terzo medio della gamba sinistra si nota una frattura completa. Nulla si riscontra ad un esame sommario nelle altre parti del corpo. Polso, della frequenza media di 100 pulsazioni al minuto primo, regolare e valido.

Si procede subito al tamponamento anteriore delle fosse nasali, che però si dimostra insufficiente, perchè il malato, sotto i colpi di tosse, continua a perdere sangue dalla bocca in quantità impressionante. Si pensa, in un traumatizzato del cranio, non trovandosi altre lesioni, che il sangue provenga dalla parte alta del faringe, e che scendendo nel laringe, ecciti il riflesso laringeo che gli provoca la tosse. Questa ipotesi si mostra subito vera, perchè, tamponate le fosse nasali posteriori e di conseguenza anche la volta faringea,



la tosse si provoca più di rado e così pure l'emorragia diminuisce notevolmente e si arresta dopo circa un'ora.

L'infermo asserisce di aver riacquistata la conoscenza solo la mattina dopo il suo ingresso in ospedale e non ricorda di essere stato interrogato la sera precedente.

In terza giornata viene praticata una puntura lombare, che dà esito a liquido sanguinolento fuoriuscente a zampillo.

In quinta giornata si ripete la puntura lombare, e il liquido, di color rosa, fuoriesce a gocce ravvicinate.

La temperatura, nei primi 3 giorni, non sorpassa i 38°; in quarta giornata sale a 38°,8 e in quinta a 40°. Nello stesso giorno si nota la paralisi del facciale di sinistra, dell'oculo motore esterno dello stesso lato, e la lingua, sporta all'esterno, devia verso sinistra. Si nota inoltre rigidità della nuca, accenno al Kernig e non si provocano i riflessi patellari ed achillei. La temperatura, nei giorni successivi, va lentamente diminuendo fin-

chè, dopo 12 giorni, dall'entrata in ospedale, l'infermo è apirettico e va sempre più migliorando.

Le lesioni a carico dei nervi cranici, che, in un primo tempo, quando, non essendo stato possibile, per le gravissime condizioni dell'infermo, fare un esame obiettivo accurato, sembravano limitate al facciale e all'oculo-motore esterno di sinistra, dopo circa un mese dal trauma, si è visto che sono molto più estese e ne interessano un grande numero. Ed infatti a carico della faccia e del collo si nota (v. figure):

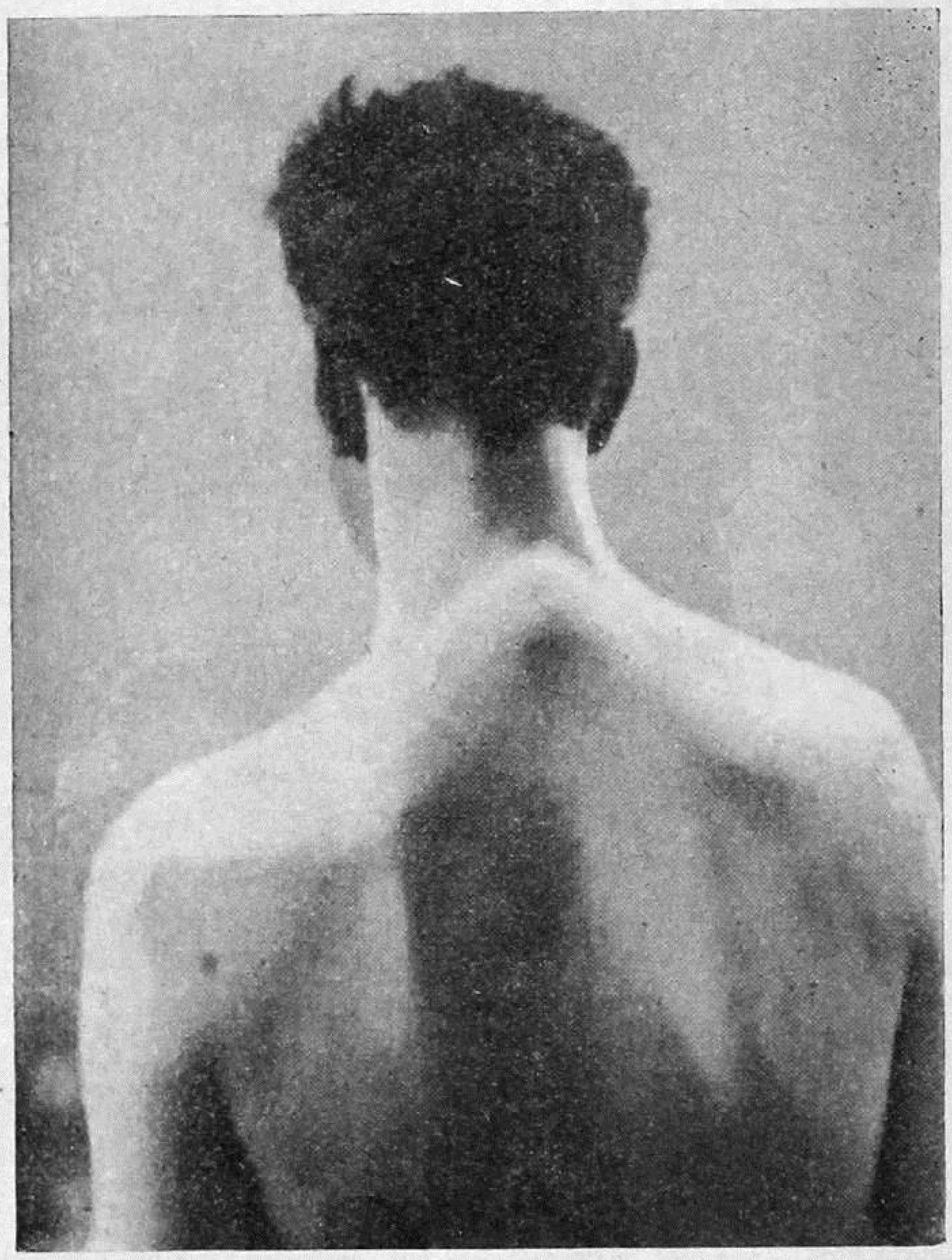
Fronte: Le rughe della metà sinistra della fronte sono quasi scomparse; ne persistono due che rappresentano la continuazione delle due principali del lato opposto, ma che, oltre ad essere situate ad un livello più basso, sono più corte e

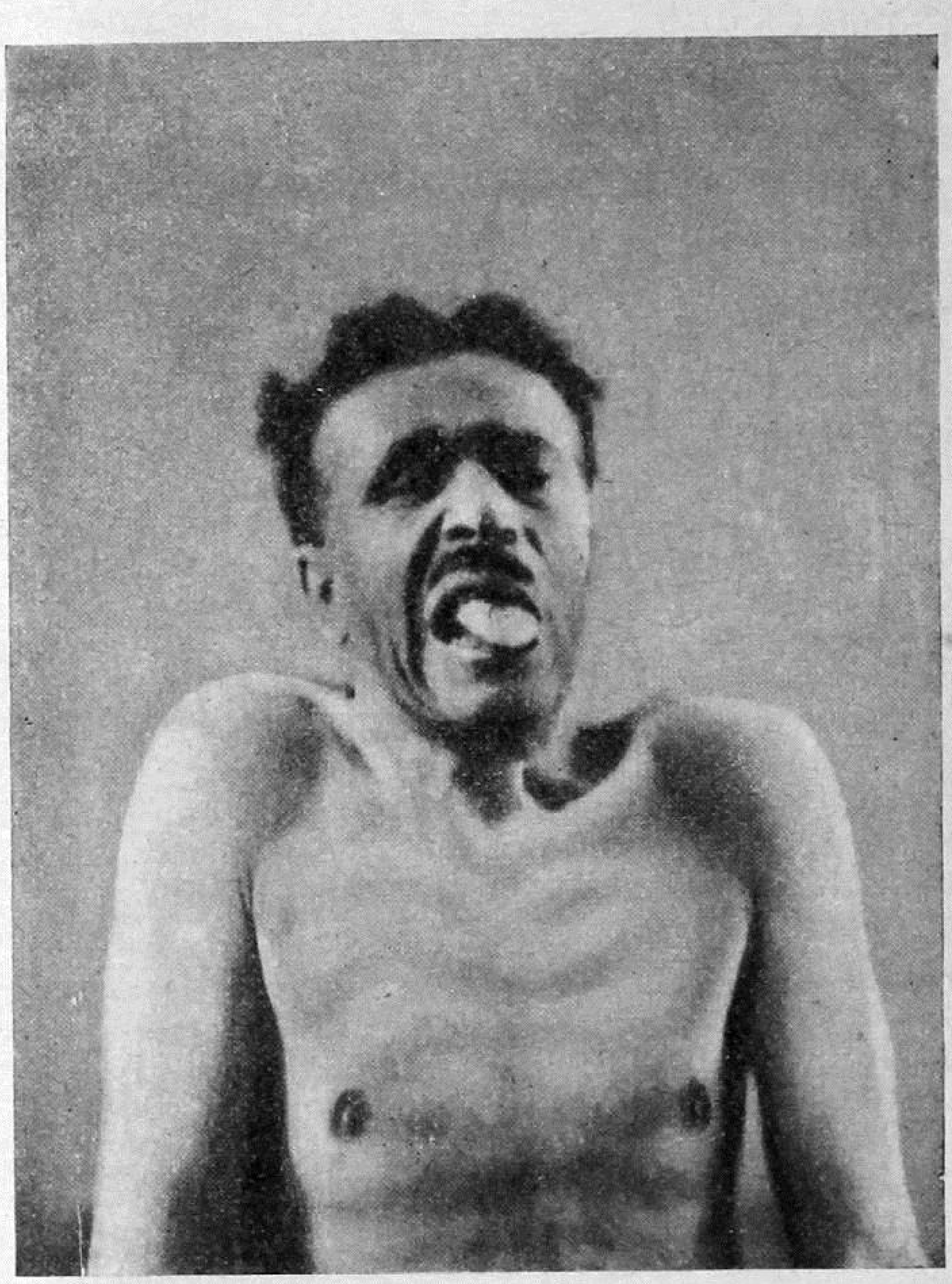
la dell'altro lato e in essa si nota una sola ruga in confronto delle molte che si vedono a destra. L'apertura della rima palpebrale è meno ampia a sinistra che a destra, e le palpebre si chiudono incompletamente.

Globi oculari: Il globo oculare sinistro è deviato all'interno ed in alto. Tutti i movimenti si compiono normalmente ad eccezione della rotazione all'esterno. La congiuntiva è arrossata, la metà sinistra della cornea ulcerata. Vi è diplopia.

Guance: La guancia sinistra è depressa in corrispondenza della regione masseterina. È molto diminuito il solco naso-labiale sinistro.

Naso: Il lobulo del naso è marcatamente deviato verso destra, e così pure il setto nasale nella sua parte inferiore; per tal fatto e anche perchè la





più superficiali, e si accentuano debolmente invitando l'infermo a corrugare la fronte. In tale movimento la metà sinistra della fronte rimane pressochè immobile, solo si riscontra un movimento molto limitato dovuto all'azione del muscolo frontale del lato opposto.

Sopraciglia: Il sopraciglio sinistro è più avvallato, più sottile e situato ad un livello più basso del destro. Invitando l'infermo a guardare in alto, si nota che il movimento del sopraciglio sinistro è limitato rispetto a quello di destra, cosicchè spicca maggiormente, che allo stato di riposo, l'asimetria delle due parti. Delle due rughe poste verticalmente in mezzo alle due sopraciglia, in corrispondenza della glabella, quella di destra è più profonda e più lunga di quella di sinistra; se, poi, s'invita l'infermo a corrugare le sopraciglia, lo stesso fatto si rende anche più manifesto.

Palpebre: La palpebra superiore sinistra è leggermente ptosica e presenta un profondo solco trasversale sormontato da altri più piccoli. La palpebra inferiore sinistra è un po' più bassa di quel-

pinna nasale destra è stirata in alto e all'esterno, mentre quella di sinistra è abbassata e rilasciata, la narice destra appare più ampia di quella del lato opposto.

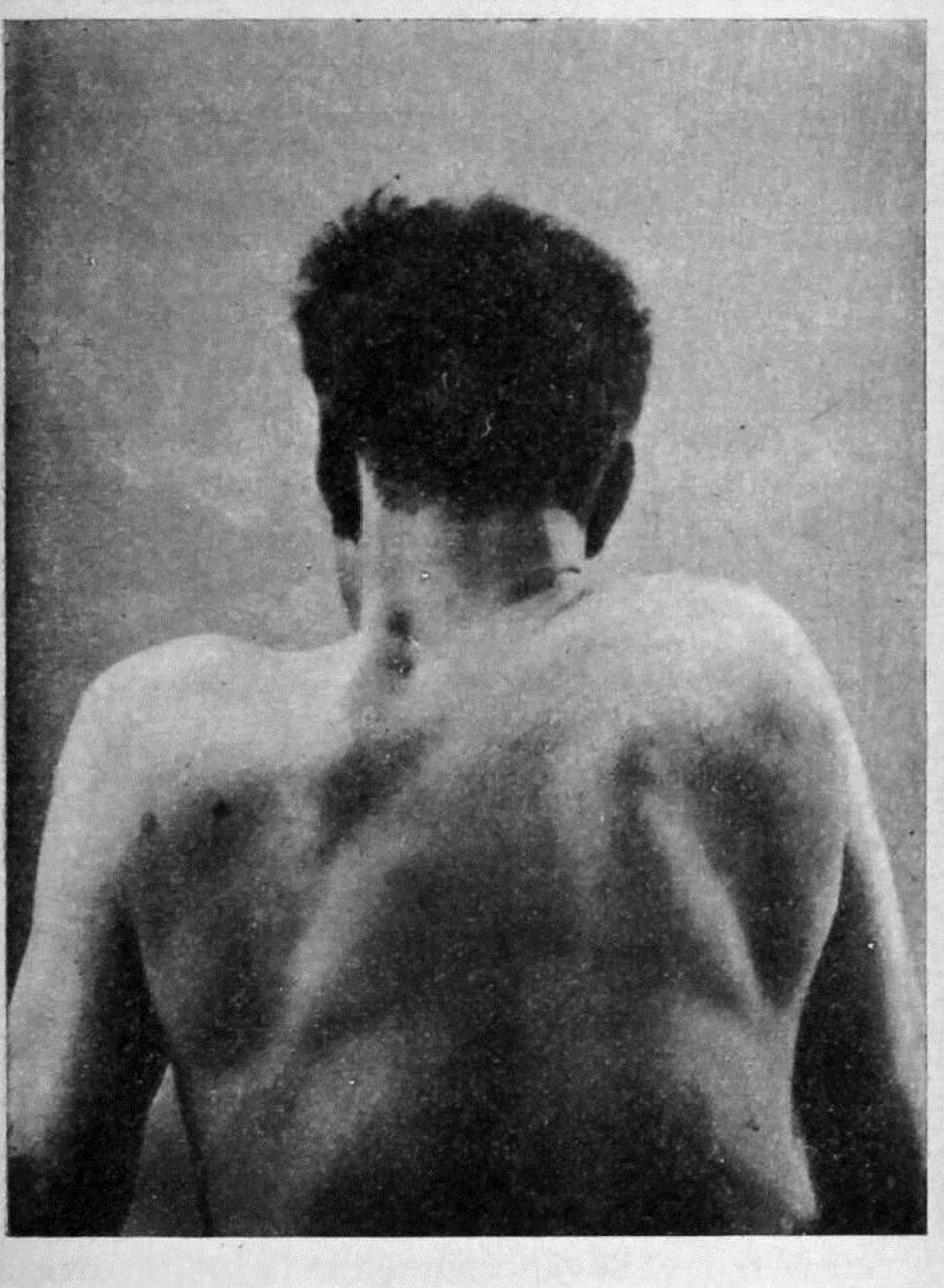
L'angolo sinistro della bocca pende in basso.

Tutta la metà sinistra della faccia è più depressa di quella del lato opposto per la ipotonia ed ipotrofia dei suoi muscoli. Si rende ben evidente una fossetta al disopra della coda del sopracciglio sinistro; un'altra fossetta la si nota subito al disopra della apofisi zigomatica del temporale al davanti del padiglione dell'orecchio, e una terza la si vede al disotto della stessa apofisi zigomatica parallela alla seconda. Se l'infermo chiude con forza i denti, non si rileva la contrazione del muscolo massetere di sinistra, si rende invece ben visibile a destra. Lo stesso fenomeno lo si apprezza maggiormente con la palpazione.

Se si introduce fra le arcate dentarie dell'infermo, due listerelle di carta, una a destra e l'altra a sinistra, e lo si invita a stringere con forza i denti, si nota che mentre la listerella messa a

destra non la si toglie più senza lacerarla, quella invece posta a sinistra, sfugge facilmente o tutt'al più può rimanere sopra di essa una lieve impronta dei denti. La masticazione a sinistra riesce impossibile. Se si invita l'infermo a parlare si nota che la metà destra della faccia compie dei movimenti normali, quella di sinistra al contrario rimane pressochè immobile e così pure, per il movimento delle labbra, mentre si vedono le arcate dentarie di destra, quelle di sinistra rimangono coperte dalle labbra stesse flaccide ed immobili.

Vi è anestesia completa nei territori innervati dalla prima e seconda branca del trigemino; è pure anestetica la metà sinistra del labbro inferiore fino al margine della mandibola. Per il restante territorio di innervazione della terza branca



del trigemino la sensibilità permane normale. La sensibilità profonda di tutte e tre le branche del trigemino è conservata.

Bocca: Se si invita l'infermo a mostrare i denti, si nota che la metà destra delle labbra viene aperta come di norma e stirata lateralmente; la metà sinistra al contrario compie un movimento molto più limitato e, dall'azione dei muscoli del lato opposto, viene stirata verso destra.

La punta della lingua, allo stato di riposo nella cavità orale, devia verso destra e tutta la metà sinistra appare più ingrossata, più lunga e più alta di quella del lato opposto; se invece la lingua viene sporta all'esterno, devia abnormemente verso sinistra, e la metà dello stesso lato è atrofica e quindi notevolmente più corta e più stretta della metà destra; e presenta inoltre il dorso solcato da profonde pieghe longitudinali.

Invitando l'infermo a pronunziare la vocale A, si nota che la metà sinistra del palato molle e della parete posteriore del faringe, viene stirata verso destra. Allo stato di riposo, la metà sinistra del palato molle è più flaccida della corrispondente metà di destra e la punta dell'ugola è deviata verso destra.

La metà sinistra del laringe è immobile.

La rima glottidea anteriormente è deviata verso destra.

Le corde vocali di sinistra sono paralizzate. Non si notano disturbi della respirazione. La voce è bitonale.

La sensibilità è completamente abolita nelle due metà di sinistra delle arcate dentarie.

La lingua, nella parte paralizzata, è insensibile al tatto, al caldo e al freddo e, per quanto si può capire, è pure insensibile ai sapori dolce, amaro e salato.

A sinistra vi è pure mancanza di sensibilità nel palato duro, nel palato molle, nei pilastri e nel tratto accessibile del faringe.

Se l'infermo tenta di deglutire tenendo il capo piegato sul lato sinistro, è subito colto da forti accessi di tosse; questo fenomeno non si provoca se si tiene la testa in posizione eretta o deviata verso il lato opposto.

A sinistra vi è abolizione completa dell'udito, tanto per via aerea che per via ossea.

Collo: La metà sinistra del collo è uniformemente appiattita per la scomparsa delle sporgenze dei muscoli sterno-cleido-mastoideo e trapezio. Questi due muscoli appaiono molto assottigliati per quanto, sebbene debolmente, l'infermo riesca a farli contrarre.

A sinistra, il collo sembra allungato. La fossa sopraclavicolare appare molto più grande ed infossata a sinistra che dall'altro lato.

La cartilagine tiroide e l'osso ioide sono deviati verso destra.

La spalla sinistra è situata ad un livello più basso di quello di destra, e l'infermo non riesce a portare l'arto corrispondente in alto fino a toccarsi la testa come fa con l'arto del lato opposto; lo porta ad un livello che sta fra l'orizzontale e la verticale.

Nel sollevare le braccia si approfonda notevolmente la fossa sopra-clavicolare sinistra e si vede che il muscolo trapezio ipotrofico si contrae debolmente.

A sinistra per l'avvallamento delle fosse infra- e sopra-spinata, la spina della scapola spicca maggiormente che dall'altro lato. La scapola sinistra è alata.

Tutto l'emitorace sinistro è un po' ipotrofico rispetto a quello di destra.

La sensibilità è normale tanto al collo che al torace.

Esame obiettivo generale. — Soggetto di costituzione scheletrica regolare. Stato di nutrizione buono. Non si palpano ghiandole ingrossate nelle sedi abituali. Cicatrice deforme alla regione inguinale sinistra da pregressa adenite suppurata.

Apparato respiratorio: esame negativo.

Apparato circolatorio: itto del cuore visibile e palpabile al 5° spazio intercostale di sinistra sull'emiclaveare.

Toni puri e netti su tutti i focolai.

Addome di volume e forma normale, ben trattabile e indolente su tutti i quadranti. Non si palpa il fegato che con la percussione appare nei limiti fisiologici; si palpa bene la milza che appare dura, globosa, indolente e che deborda di circa 2 cm. dall'arcata costale.

Nulla a carico dei genitali.

Lieve ingrossamento della tibia destra al 3° medio.

Sistema nervoso: psiche integra. Intelligenza normale.

Riflessi addominali superiori: non si provocano.

Riflessi addominali inferiori: il sinistro è un po' più debole del destro.

Riflessi cremasterici: il sinistro è più debole del destro.

Riflessi patellari: destro normale, sinistro debole.

Esami speciali: radiografia del cranio: frattura della metà sinistra del frontale, che si perde nella base.

Esame delle urine: nulla di patologico. Sierodiagnosi di Wassermann: negativa.

In seguito l'infermo va sempre più migliorando nelle sue condizioni generali e locali.

L'occhio sinistro, nei primi giorni, per la marcata fotofobia, si è costretti a tenerlo bendato; poi, lo si scopre, trattandolo con una pomata allo xeroformio. Dopo circa due mesi dal trauma, ricomincia la lacrimazione e l'ulcerazione corneale guarisce in breve.

17-2-29: Il paziente per la prima volta accusa vivi dolori all'orbita sinistra.

9-4-29: La guancia sinistra è edematosa ed arrossata. I dolori a tipo nevralgico si sono accentuati ed estesi a tutta la metà sinistra della faccia.

La pressione sui punti di emergenza dei nervi sopracigliare, mascellare e mandibolare risveglia dolore.

15-4-29: Il paziente, in buone condizioni, guarito della frattura alla gamba destra e completamente adattato al suo nuovo stato, lascia l'ospedale.

Nel giugno di quest'anno viene invitato a ripresentarsi per un esame generale, tenendo particolarmente conto dei fatti nuovi.

Dice di sentirsi bene e gli sembrerebbe di essere completamente guarito se non gli persistesse, sebbene meno intensa dell'anno scorso, la nevralgia facciale.

Ha ripreso il lavoro, non più di vetturino, ma di esattore a domicilio della locale Amministrazione del Gas. È quindi obbligato a camminare tutto il giorno; fa spesso le scale e va anche in bicicletta. Quando riscuote e rilascia una ricevuta, per correggere la diplopia, è obbligato a chiudersi l'occhio paralizzato, o a guardare tenendo la testa fortemente obliquata verso destra.

Fronte, sopraciglia e naso, condizioni immutate dall'esame precedente.

Guancia: Il solco naso-labiale sinistro è più marcato di quello del lato opposto e il labbro superiore dello stesso lato è un po' stirato in alto e lateralmente. Il labbro inferiore sinistro è sede di piccole contrazioni fibrillari che si estendono anche al mento. Tutta la guancia sinistra è lievemente edematosa, arrossata e stirata in alto e lateralmente.

Bocca: Invitando l'infermo a mostrare i denti, si nota che la rima boccale è asimetrica. Le due metà di destra aprendosi più ampiamente e portandosi più lateralmente ed in alto, lasciano vedere una parte maggiore delle arcate dentarie.

Lingua: La metà sinistra della lingua, ipotrofica ed ipotonica, è animata da contrazioni fibrillari. Quando la lingua viene sporta all'esterno, oltre a deviare fortemente a sinistra, poggia con la metà corrispondente sui denti dell'arcata inferiore, mentre la metà di destra rimane sollevata. Nella cavità orale, allo stato di riposo, la punta della lingua è fortemente deviata verso destra, cosicchè la metà sinistra occupa gran parte del pavimento della bocca. Invitando l'infermo a sollevare la lingua, si vede che mentre la metà sinistra rimane inerte sul pavimento della bocca e solo per la parte libera viene stirata in alto dall'azione dei muscoli del lato opposto, la metà destra invece si solleva come di norma.

Le gengive della metà sinistra delle arcate dentarie sono più arrossate di quelle della corrispondente metà destra; e, anteriormente, nella metà dell'arcata inferiore, e, posteriormente, nella metà dell'arcata superiore, si notano delle piccole ulcerazioni facilmente sanguinanti. Nel masticare l'infermo è solito procurarsi delle piccole ferite che alle volte sanguinano abbondantemente.

Invitando l'infermo ad aprire la bocca, si nota che la mandibola viene deviata verso sinistra, cosicchè il canino inferiore di destra corrisponde al primo incisivo superiore dello stesso lato; il movimento inverso si compie quando l'infermo chiude la bocca.

I denti superiori ed inferiori di sinistra tanto internamente che esternamente sono ricoperti da molto tartaro; quelli invece del lato opposto ne sono privi. Persiste l'asimetria del velopendolo.

Invitando l'infermo a pronunziare la vocale A si nota che il velopendolo viene stirato verso destra, mentre la metà posteriore sinistra del faringe rimane pressochè immobile.

È riapparsa, sebbene in grado minore che dall'altro lato, la sensibilità sul palato molle e sulla parete posteriore del faringe.

Tutta la metà sinistra della faccia è sede di parestesie caratterizzate da dolori e senso di contrattura. L'infermo dice che non può assolutamente sentirsi toccare, anche leggermente, la parte paralizzata, perchè ha la sensazione di ricevere una scossa elettrica.

I punti di emergenza dei nervi sopracigliare, mascellare e mentoniero, non risvegliano più dolore alla pressione. Persiste l'abolizione della sensibilità termica, tattile e dolorifica dei territori innervati dalla 1ª. 2ª e di parte della 3ª branca del trigemino.

L'infermo tiene abitualmente il mento deviato verso sinistra e in alto, cosicchè guardandolo, stando posteriormente, si vede il padiglione dell'orecchio destro e tutta la guancia corrispondente, mentre a sinistra il padiglione dell'orecchio si vede in piccola parte e l'emifaccia corrispondente rimane nascosta dal margine posteriore della branca montante della mandibola.

Collo: Persiste l'ipertrofia dei muscoli sterno-cleido-mastoideo e cucullare, per quanto un po' meno della prima volta. Persistono pure i fatti notati nella fossa sopra-clavicolare sinistra e nelle altre parti del collo e del torace. Invariate le condizioni degli altri organi e sistemi.

Per bene intendere il meccanismo d'azione del trauma ricevuto dal nostro infermo, e, quindi, darci spiegazione delle conseguenze da esso provocate, bisogna ricordare l'architettura ossea del cranio e il modo di produzione delle fratture irradiate dalla volta alla base.

È noto che il cranio non ha uno spessore

uniforme in tutte le sue parti, ma che, accanto a delle parti forti, ha delle parti deboli. Le parti forti sono: un pezzo superiore o sincipitale, esteso dalla sutura coronale alla sutura lambdoidea, e un pezzo inferiore o basilare, che va dal foro occipitale alla sella turcica. Queste due parti sono tra loro riunite e rinforzate da 6 pezzi ispessiti, chiamati pilastri da Felizet, di cui 4 sono laterali e simmetrici a 2 a 2, mentre gli altri due sono impari e mediani, uno anteriore, l'altro posteriore.

Dei pilastri laterali, gli antero-esterni od orbito-sfenoidali, si partono dal pezzo sincipitale e seguendo l'apofisi orbitaria esterna passano per le grandi e piccole ali dello sfenoide e terminano al pezzo basilare; i pilastri Petromastoidei o postero esterni, pure partendosi dal sincipite, si estendono alle apofisi mastoidi e per le rocche petrose raggiungono l'apofisi basilare. Il pilastro anteriore o frontale si estende dalla parte sincipitale alla parte basilare e infine il pilastro posteriore o pilastro occipitale, dal sincipite arriva alla parte basilare, contornando il foro occipitale. Questi 6 pezzi rinforzati, lasciano fra di loro delle parti deboli o interpilastri. Vi sono 3 interpilastri per ciascun lato, uno fronto-sfenoidale che corrisponde alle volte orbitarie o piano anteriore della base del cranio, uno sfeno-petroso per il piano medio ed uno posteriore, formato dalle logge occipito-cerebellari per il piano posteriore. Ciascun pilastro poi, a sua volta, presenta dei punti deboli, cosicchè le rime di frattura possono passare da un pilastro all'altro. I pilastri antero-esterni o orbito-sfenoidali, hanno per punto debole la base d'impianto delle grandi e piccole ali dello sfenoide, i pilastri postero-esterni la parte della piramide che contiene le cavità dell'orecchio, il pilastro frontale la lamina cribra dell'etmoide e quello occipitale la parte che si trova dietro al condilo occipitale. Un altro punto debole è dato dall'unione dei pilastri alla parte basilare.

Così intesa l'architettura del cranio, è facile ora renderci conto del modo di prodursi di una frattura, che partendosi da un punto qualsiasi della volta, si irradii alla base.

Anzitutto un trauma che agisce sulla volta cranica tende a raddrizzarne le curvature, producendo delle lesioni che sono diverse a seconda della intensità della forza vulnerante. Se il trauma è di una forza media, per l'elasticità delle pareti craniche, valutata prima fino a un cm. di profondità, si produce una depressione che scompare non appena cessa l'azione vulnerante, se invece l'intensità del trauma sorpassa il limite di elasticità del cranio, si produce una frattura la quale, sempre in dipendenza della forza vulnerante, si limita alla volta o si irradia alla base.

Il modo con cui avviene questa irradiazione è spiegato dal Felizet con lo studio delle impronte di depressione. Se sopra un foglio di carta, posto al suolo, si fa cadere un cranio verniciato, si ottiene una impronta ovalare a grande asse antero-posteriore, perchè la superficie orizzontale è più raddrizzata e, quindi, ha minor curvatura della verticale. Ora, sapendosi che la superficie a minor curvatura è la prima a fratturarsi, al limite dell'elasticità del cranio, si produrrà una frattura che interesserà una parte debole e cioè un interpilastro, secondo una direzione perpendicolare alla superficie orizzontale che, sempre, a seconda della forza del trauma, si arresterà alla volta o si estenderà verticalmente in basso verso la base.

Vediamo ora che cosa è avvenuto nel nostro infermo.

Dall'anamnesi risulta che, con grande probabilità, il trauma è stato prodotto dall'estremo anteriore della stanga destra della carrozza che ha colpito il paziente con grande violenza alla fronte. La frattura, come dimostra per il primo tratto la radiografia, partita dall'estremo superiore dell'interpilastro fronto-sfenoidale di sinistra, è passata per la incisura sopra-orbitaria, ha percorso la volta orbitaria e, rispettato il foro ottico al quale è passata lateralmente, ha spezzato la piccola ala dello sfenoide: di qui, per portarsi nella fossa cerebrale media, ha interessato la fessura sfenoidale, rotto i ponti di congiunzione dei fori grande rotondo, ovale e forse anche del piccolo rotondo e, arrivata alla rocca del temporale, per l'esistenza del robusto legamento petro-basilare, ne ha interessato l'apice (frattura da strappamento). Probabilmente la frattura non si è arrestata in questo punto, ma per l'estrema violenza del trauma, e forse anche per azione della frattura dell'apice della rocca, deviando medialmente, ha interessato il margine superiore dell'occipitale nel punto in cui questo si solleva per formare la volta del foro condiloideo anteriore.

Ammettendo che sia stato questo il tragitto seguito dalla linea di frattura, ci si può rendere conto dei sintomi immediati e tardivi osservati nel nostro paziente.

All'entrata in ospedale l'infermo aveva una imponente emorragia dal naso e dalla bocca, che, a parte l'integrità delle ossa nasali, non

si sarebbe potuta spiegare colla sola frattura della lamina cribrosa dell'etmoide, mentre invece la si spiega benissimo con la frattura della fossa cerebrale media e, quindi, del foro ovale e piccolo rotondo, che danno rispettivamente passaggio alle arterie piccola e media meningea. Sempre per la violenza del trauma, deve essere avvenuta una lesione della volta faringea, che ha permesso al sangue di fuoriuscire e, per la paralisi di moto della metà sinistra della faringe e della laringe, di scendere in basso fino ad eccitare il riflesso laringeo e venire con forti colpi di tosse espulso all'esterno. Infatti il tamponamento delle fosse nasali posteriori e quindi anche dell'estremità superiore della faringe, riuscì a dominare in gran parte l'emorragia.

L'imponente emorragia spiega anche, nel malato, la mancanza di sintomi di compressione, e dice perchè le lesioni dei nervi cranici, osservate fin dall'inizio, siano rimaste, press'a poco, uguali anche dopo molto tempo dal trauma; ciò perchè in gran parte non dovuti a semplici fatti di compressione da stravaso sanguigno, ma dipendenti dalla rottura dei fori d'uscita dei nervi e a compressione di schegge ossee di questi stessi fori. Spiega pure perchè, per quanto la violenza del trauma sia stata estrema, l'infermo abbia perduto la conoscenza per un tempo relativamente breve; perchè alla commozione cerebrale non si sono aggiunti fenomeni di aumentata pressione dello stravaso sanguigno, che giocano una gran parte nel prolungare lo stato di incoscienza dei pazienti.

L'osservazione clinica, infatti, di tutti i giorni, sia detto qui per incidenza, dimostra quanto siano utili le punture lombari fatte nei traumatizzati del cranio. Queste punture non solo sono di grande utilità diagnostica, ma sono specialmente utili dal lato terapeutico, perchè decomprimendo il cervello, rendono l'infermo più sveglio, con cefalea meno intensa e con il polso più frequente e meno teso. Inoltre, nella grande maggioranza dei casi, mettono l'infermo al riparo delle tante temute complicazioni infettive, servendo il sangue stravasato da ottimo terreno di coltura per lo sviluppo dei germi.

Ritornando al nostro infermo, noi pensiamo che la impressionante emorragia osservata gli sia stata salutare, perchè, se quel sangue ristagnava nella cavità cranica, gli avrebbe certamente dato dei fatti immediati di compressione che, in breve, gli potevano essere causa di morte.

« Le fratture del cranio — dice il Borri — in sè e per sè non costituirebbero lesioni gravi... non è la frattura cui è legata la gravità della prognosi, sibbene la partecipazione presa dall'encefalo agli effetti diretti o indiretti del trauma; in quanto che spesso le complicazioni riferibili a lesioni del cervello o dei suoi involucri, stanno alle dipendenze di compressioni o di lacerazioni esercitate da avvallamenti ossei o da infossamenti di schegge o — aggiungiamo noi — da stravasi sanguigni, sia nelle meningi, sia nella sostanza cerebrale ».

Il nostro caso credo costituisca un esempio tipico del pensiero del Borri, perchè, accanto ad una frattura così estesa, con partecipazione di tanti nervi cranici, non si sono avute lesioni cerebrali gravi, ma, come si è già detto, semplici fatti di commozione risolti in meno di 12 ore.

La sintomatologia clinica presentata dall'infermo al viso e al collo, a poco più di un mese dal trauma, e che, in gran parte, persiste tutt'ora, anche a due anni di distanza, indica quali sono stati i nervi cranici lesi, e insegna, a conferma di quanto abbiamo già in gran parte detto, qual'è stato, con grande probabilità, il tragitto seguito dalla linea di frattura.

Bisogna ammettere che la frattura, scendendo dal frontale e interessando la fessura dello sfenoide, abbia leso la branca oftalmica del trigemino, se si vuole spiegare l'anestesia del territorio innervato dalle terminazioni di questa branca. La lesione di questa branca però non deve essere stata completa, oppure bisogna ammettere che sia stata possibile la rigenerazione di alcune sue fibre, perchè, oltre ad avere la ghiandola lacrimale ripresa la sua funzione, l'occhio, anzichè distruggersi per oftalmia purulenta, come avviene nelle sezioni totali di questo nervo, è guarito dell'ulcerazione della cornea, pur rimanendo totalmente abolita la sensibilità tanto della congiuntiva che della cornea stessa.

La linea di frattura, portandosi posteriormente e seguendo i fori grande rotondo e ovale, ha provocato la paralisi totale del nervo mascellare e la paralisi pure totale, tanto di moto che di senso, del nervo mandibolare.

La paralisi di senso di quest'ultimo nervo, non si è potuta saggiare con sicurezza, perchè, come è noto, parte del territorio di distribuzione della branca sensitiva è innervata anche dal vago e dal plesso cervicale.

La paralisi completa e in gran parte definitiva dei nervi abducente, facciale, ed acustico,

viene spiegata dalla frattura dell'apice della rocca del temporale.

Frattura questa che non deve essersi limitata a ledere questi nervi, ma deve aver portato delle compressioni nel foro lacero posteriore, per poter ammettere la lesione del glosso faringeo, come lo indicava, nel primo esame dell'infermo, l'abolizione del gusto, nella metà sinistra della base della lingua, e la paralisi, che, in parte, persiste tutt'ora, del costrittore del faringe.

Sono stati Collet e Vernet, che hanno insegnato il modo di esaminare la funzione motoria del glosso faringeo. Oggi si sa che i muscoli costrittori medio ed inferiore del faringe, sono innervati dalla branca interna dello spinale e che il costrittore superiore è innervato da un ramuscolo del glosso faringeo, che Vernet ha potuto isolare nel cadavere.

E, nel caso in esame, si è potuto dimostrare la paralisi di moto del glosso faringeo, per lo spostarsi della parete posteriore della faringe dal lato malato verso il lato sano, facendo pronunziare la vocale A.

Contemporaneamente alla lesione del glosso faringeo è avvenuta quella del vago e dello spinale. Per la lesione della branca interna dello spinale e del vago, si è avuta la paralisi e l'anestesia del velo-pendolo di sinistra, la paralisi della corda vocale corrispondente e l'abolizione della sensibilità nella metà sinistra della parete posteriore del faringe. Non si sono notati disturbi veri e propri a carico degli apparati respiratorio e circolatorio. La lesione della branca esterna dello spinale ha causato l'ipotrofia e l'impotenza dello sterno-cleido-mastoideo e del trapezio.

Per la frattura del foro condiloideo anteriore o per lesione di vicinanza del nervo ipoglosso subito fuori della base, si è avuta la paralisi dei muscoli della metà sinistra della lingua, con tutte le caratteristiche proprie di questa lesione.

***

Lo studio clinico del presente caso è interessante:

1) Perchè dimostra che un trauma di una estrema violenza, che produce una frattura che dalla volta s'irradia ed occupa tutta la base, è compatibile con la vita.

2) Perchè, dalle lesioni riscontrate a carico dei nervi, si è potuto ricostruire il decorso seguito dalla linea di frattura.

3) Perchè, in un solo soggetto, si è osservata la riunione di sindromi semplici in una sindrome molto complessa e molto rara.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un caso di frattura della metà sinistra del cranio, che dalla volta si irradia ed occupa tutta la base. Discute e spiega il meccanismo d'azione dei traumi del cranio in generale. Insegna, in base alla sintomatologia presentata, qual'è stato, nel suo caso, con grande probabilità, il tragitto seguito dalla linea di frattura. Pone in rilievo, dicendone le ragioni, la sopravvivenza dell'individuo nonostante l'eccezionale gravità del trauma, e richiama l'attenzione sull'interesse del caso per la riunione di più sindromi semplici in una sindrome molto complessa e molto rara.

TECNICA DI LABORATORIO.

LABORATORIO DI MICROGRAFIA E BATTERIOLOGIA DELLA DIREZ. GEN. DELLA SANITÀ PUBBLICA,

diretto dal prof. R. MAGGIORA-VERGANO.

Allestimento e titolazione delle soluzioni di tellurito potassico occorrenti per il "Siero-Uovo-Tellurito,,.

Prof. M. PERGOLA.

Il « Siero-Uovo-Tellurito » (S.U.T.) è un terreno da me proposto per la diagnosi batteriologica della difterite e per la ricerca in genere del B. di Löffler: solidificato — in piastre od a becco di flauto in tubi — mediante riscaldamento per circa un'ora alla temperatura di 85°-90° C., serve per la cultura d'isolamento; lasciato liquido, serve per la vera e propria cultura di arricchimento.

Esso deve la sua squisita elettività al tellurito potassico contenutovi nella proporzione di 1/6000-1/5000, che è la più adeguata per non menomare il rigoglio e la sollecitudine di sviluppo del B. difterico.

Nella formula ordinaria del S. U. T. (1) si aggira intorno a 1/6000. Valutando, infatti, 20 cmc. il volume complessivo di un torlo, più 1 o 2 cmc. di soluzione di tellurito, secondo che questa è al 2 % o all'1%, si avrebbe, con gr. 0,02 di tellurito su 120 cmc. di materiale, la proporzione esatta di 1/6000:

$$0{,}02 : 120 :: 1 : x; \text{ da cui}: x = \frac{120 \times 1}{0{,}02} = \frac{12000}{2} = 6000.$$

Ma poichè, a causa della naturale variabilità di grandezza dei torli, la massa del substrato è di solito un po' maggiore o minore di 120 cmc., ne risulta relativamente dimi-

(1) Gialli d'uovo, N. 1; Siero di sangue, cmc. 50; Soluzione di cloruro sodico al 0,80 %, cmc. 50; Tellurito potassico, gr. 0,02.

nuita od aumentata la proporzione del tellurito. Ciò non ha importanza, in quanto il B. difterico lo tollera perfino a 1/3000-1/2500, proporzione doppia di quella sopra indicata. Si eviti però di giungere, od approssimarsi molto, a queste ultime dosi, perchè influenzano in modo sensibilmente sfavorevole anche il B. difterico, il cui sviluppo è allora rallentato e meno rigoglioso, il che è da evitarsi.

Per avere la concentrazione di 1/5000 si prepara il S.U.T. nel seguente modo: si raccolgono, in un cilindro graduato sterilizzato, torlo e soluzione di tellurito, e si porta il tutto al volume di 100 cmc. con miscela a parti uguali di siero e di soluzione di cloruro sodico; oppure torlo e soluzione di tellurito si portano al volume di 50 cmc. con soluzione cloruro-sodica, e vi si aggiungono poi 50 cmc. di siero: nell'un caso e nell'altro abbiamo complessivamente 100 cmc. di substrato, contenente tellurito potassico nella proporzione esatta di 1/5000:

$$0{,}02 : 100 :: 1 : x;\ \text{da cui}: x = \frac{100 \times 1}{0{,}02} = \frac{10000}{2} = 5000$$

Nell'allestimento del S.U.T. non conviene ricorrere al tellurito in sostanza (benchè puro come quello di Merk o di Kahlbaum, che sono perciò da preferirsi) perchè:

1) per prenderne la dovuta dose, occorrerebbe farne di volta in volta l'esatta pesata, e ciò, oltre non essere comodo, richiederebbe non indifferente dispendio di tempo;

2) dato che il tellurito potassico (TeO^3K^2) si trasforma facilmente in altri composti insolubili o poco solubili in acqua (tellurito monopotassico — TeO^3HK — e pirotellurito potassico — $Te^2O^5K^2$ —), la quantità di sale pesata per lo più non corrisponderebbe tutta a tellurito, e questo verrebbe quindi a trovarsi in proporzione minore di quella voluta, con conseguente pregiudizio dell'elettività del mezzo culturale.

Ogni inconveniente rimane invece eliminato, ricorrendo alle soluzioni di tellurito, le quali, essendo conservabili per un tempo illimitato — purchè tenute in recipienti ermeticamente chiusi — si possono allestire in una certa quantità (50-100 cmc. o più) e, ripartite a dosi di pochi cmc. in fiale o tubi da saldarsi alla fiamma, averle sempre disponibili senza doverle preparare troppo spesso.

Le soluzioni più convenienti, anche perchè semplificano il calcolo delle dosi da usarsi, sono quelle al 2 % e all'1%, che per ogni cmc. contengono rispettivamente gr. 0,02 e gr. 0,01 di tellurito.

Se il tellurito, di cui si dispone, non ha subìto alterazioni ed è quindi completamente solubile in acqua, per allestirvi soluzioni a titolo prestabilito basta pesarne al milligrammo una quantità qualunque e discioglierla nel debito volume di acqua distillata sterilizzata. Sia, per esempio, gr. 3,24 il tellurito pesato e se ne voglia fare la soluzione al 2 %: la proporzione

$$2 : 100 :: 3{,}24 : x;\ \text{da cui}: x = \frac{3{,}24 \times 100}{2} = 162.$$

ci indica che si devono prendere 162 cmc. di acqua, o, più esattamente, che la soluzione deve avere il volume di 162 cmc.

La soluzione all'1 % sarebbe invece di 324 cmc.:

$$1 : 100 :: 3{,}24 : x;\ \text{da cui}: x = \frac{3{,}24 \times 100}{1} = 324.$$

Poichè però, come si è detto, il tellurito potassico si trasforma facilmente in derivati insolubili o poco solubili in acqua, spesso non è possibile prepararvi direttamente colla semplice pesata soluzioni a determinato titolo e bisogna allora provvedere altrimenti.

Il modo più semplice e più pratico è di sciogliere con soluzione acquosa di idrato potassico al 10 % qualche grammo del tellurito alterato. Per limitare l'inutile eccesso di potassa, la si aggiunge dapprima a 1/2 o 1 cmc. per volta, e poi, quando la massima parte del tellurito è disciolta, la si aggiunge goccia a goccia. Per essere anche più sicuri di non eccedere troppo nel quantitativo di potassa, si decanta la soluzione di tellurito via via che diviene limpida in seguito a sedimentazione della parte non ancora disciolta, e su questa si versa a poco a poco altra potassa fino a discioglierla tutta.

La soluzione così ottenuta talvolta è opalescente: conviene renderla limpida lasciandola depositare e decantandola, oppure passandola per filtro di carta sterilizzato. Se ne fa quindi la titolazione col metodo di Gooch e Peters (2), analogo a quello che serve per la determinazione delle sostanze organiche nell'acqua potabile, e che consiste nell'ossidare l'anidride tellurosa (TeO^2) mediante il permanganato di potassio. Per l'esecuzione del metodo occorrono pertanto soluzioni di acido ossalico cristallizzato e di permanganato potassico in acqua distillata, che si corrispondano volume a volume, come dall'equazione:

$$5\,(\underset{630}{C^2O^4H^2 . 2H^2O}) + \underset{316}{2Mn\,O^4K} + 3SO^4H^2 =$$
$$= SO^4\,K^2 + 2SO^4\,Mn + 10CO^2 + 18H^2O.$$

Si vede cioè, che se 5 molecole, ossia 630, di

(2) Zeitschr. f. anorg. Chemie, vol. 21, 1899.

acido ossalico cristallizzato ($C^2O^4H^2.2H^2O$) (3) reagiscono con 2 molecole, ossia 316, di permanganato potassico (MnO^4K) (4) in presenza di acido solforico, non rimane in eccesso nè l'uno nè l'altro reagente: 630 di acido ossalico corrispondono dunque a 316 di permanganato potassico o, ciò che è lo stesso, 6,30 del primo, a 3,16 del secondo, e quindi le rispettive soluzioni al 6,30 per mille e al 3,16 per mille si corrispondono volume a volume (5). Sono appunto queste le soluzioni che si usano per titolare quelle di tellurito.

Prima però di procedere a tale titolazione va fatta la prova in bianco colle soluzioni di acido ossalico e di permanganato, per accertare come si corrispondono, ed a questo scopo si prendono, in un palloncino od in una boccetta di Erlenmeyer, 10 cmc. della soluzione di permanganato, si diluiscono con 40-50 cmc. di acqua distillata, si acidificano con 1-2 cmc. di acido solforico puro e concentrato, e si fanno bollire per qualche minuto; dopo di che, vi si versano 10 cmc. della soluzione di acido ossalico, che decolora completamente la massa liquida, e si torna ad aggiungere permanganato potassico: se ne basta una sola goccia per conferire al liquido lieve colorito roseo persistente, facile ad apprezzarsi coll'osservazione su un fondo bianco, la soluzione di permanganato è esatta, corrisponde, cioè, volume a volume a quella di acido ossalico; se invece ne occorre di più, significa che la soluzione di permanganato ha subíto una diminuzione di titolo. A tale inconveniente si ripara col calcolo. Siasi trovato, per esempio, che per ottenere la detta colorazione rosea della massa liquida, invece di una goccia sia occorso aggiungere cmc. 1,4 della nostra soluzione di permanganato: vuol dire che la quantità di permanganato, che avrebbe dovuto essere contenuta in 10 cmc. di questa soluzione, se fosse stata esattamente al 3,16 per mille, si trova invece in cmc. 11,4; od in altre parole, che a cmc. 10 di soluzione di permanganato al 3,16 per mille, ne corrispondono 11,4 della soluzione di cui disponiamo.

Stabilito, mediante la prova in bianco, questo dato, si passa a titolare la soluzione di tellurito in base alla reazione:

$$\underset{316}{2MnO^4K} + \underset{1014}{4TeO^3K^2} + 8SO^4H^2 = (SO^4)_3Mn^2 + 4TeO^3 + 5SO^4K^2 + 8H^2O$$

da cui si ricava che a 2 molecole, ossia 316, di permanganato potassico corrispondono 4 molecole, ossia 1014, di tellurito potassico (TeO^3K^2) (6) e quindi a 3,16 del primo, 10,14 del secondo: una soluzione di permanganato potassico al 3,16 per mille corrisponde dunque volume a volume ad una soluzione di tellurito potassico al 10,14 per mille, e per conseguenza 1 cmc. della prima, contenente gr. 0,00316 di permanganato, ad 1 cmc. della seconda contenente gr. 0,01014 di tellurito. È questo il coefficiente, che moltiplicato per i cmc. di permanganato consumati nella reazione ci dà la quantità di tellurito potassico contenuta nel volume della relativa soluzione preso per la titolazione; dal quale dato si risale poi, con un semplice calcolo, alla percentuale di tellurito della soluzione medesima.

Ecco come si opera all'atto pratico: si introduce in un palloncino, od in una boccetta, una quantità esattamente misurata della soluzione di tellurito in esame — per esempio 1/2 cmc., se si presume che essa sia di titolo superiore al 2 % — si diluisce con 40-50 cmc. di acqua distillata; si aggiungono della soluzione di permanganato tanti cmc. quanti, secondo la prova in bianco preliminare, ne corrispondono a 10 di soluzione al 3,16 per mille; si aggiungono ancora 10 cmc. di diluizione 1 : 1 di acido solforico in acqua distillata, e si fa bollire la miscela per una diecina di minuti (7). Tolto il recipiente dalla fiamma, vi si versano 10 cmc. della soluzione al 6,30 per mille di acido ossalico, che decolora il liquido, e si torna ad aggiungere il permanganato goccia a goccia, fino a che il liquido stesso, bollente, agitato rimane di co-

(3) 5 ($C^2O^4H^2.2H^2O$) = 5 ($C^2+O^4+H^2+2H^2+2O$) = 5 (24+64+2+4+32) = 5×126=630.

(4) 2 (MnO^4K) = 2 ($Mn+O^4+K$) = 2 (55+64+39) = =2×158=316.

(5) Per evitare la decomposizione dell'acido ossalico ed il conseguente abbassamento di titolo della soluzione, si consiglia di allestirla con acqua distillata contenente il 50 per mille di acido solforico concentrato e di tenerla alla luce anzichè all'oscuro.

(6) 4 (TeO^3K^2) = 4 ($Te+O^3+K^2$) = 4 (127,5+48+ +78)=4×253,5=1014.

(7) Se il permanganato è nel dovuto eccesso, il liquido rimane tinto in rosso o in roseo, altrimenti si scolora completamente. Ove ciò si verifichi, bisogna aggiungere qualche altro cmc. di permanganato — di cui naturalmente si tiene esatto conto — e far bollire di nuovo. Ma se per titolare la soluzione di tellurito se ne prende, come si è detto, 1/2 cmc. e si fa reagire colla quantità indicata di permanganato, si può esser sicuri che questo è in eccesso: per consumarlo tutto, infatti, la soluzione di tellurito, secondo i calcoli che esporremo in seguito, dovrebbe essere almeno al 20,28 %, ciò che non avverrà mai.

lorito appena roseo. Si nota quanti cmc. di soluzione di permanganato si sono consumati per quest'ultima operazione e si moltiplicano per il coefficiente 0,01014; il prodotto così ottenuto si moltiplica a sua volta per 200 — essendosi preso per la titolazione 1/2 cmc. della soluzione originaria di tellurito (8) — e si ha la percentuale di tellurito potassico contenuta nella soluzione in esame.

Stabilitone così il titolo, che, qualora si operi con cautela nel disciogliere il tellurito colla potassa, risulterà certamente superiore al 2 %, non rimane che ridurre la soluzione a questo grado di concentrazione o, se si vuole, a quello dell'1 %, aggiungendovi acqua distillata sterilizzata nella quantità che il calcolo ci farà conoscere.

Per chiarire meglio i vari momenti del metodo titrimetrico riferito, ne riportiamo un esempio pratico, e, per farlo anche più completo, supponiamo che nella prova in bianco preliminare siano occorsi, secondo quanto si è detto sopra, cmc. 11,4 della nostra soluzione di permanganato, per decomporre 10 cmc. della soluzione ossalica. Sia circa 2 grammi — non occorre pesarlo esattamente — il tellurito parzialmente insolubile in acqua, preso per disciogliere ed abbia richiesto, a tale scopo, circa 20 cmc. di soluzione di idrato potassico al 10 %. Poichè con queste quantità di tellurito e di potassa è fondatamente presumibile che la concentrazione del tellurito sia superiore al 2 %, per titolare la relativa soluzione se ne prende 1/2 cmc., si introduce in un palloncino o in una boccetta, si diluisce con 40-50 cmc. di acqua distillata, si aggiungono cmc. 11,4 della soluzione di permanganato, cmc. 10 di diluizione 1 : 1 di acido solforico in acqua distillata, e si fa bollire per 10 minuti. Vi si versano quindi 10 cmc. della soluzione ossalica, che decolora il liquido, e tornando ad aggiungere la soluzione di permanganato fino a conferirgli lieve colorito roseo persistente, si viene a conoscere quanto permanganato ha reagito col tellurito potassico contenuto nel 1/2 cmc. di soluzione preso per titolarla. Sia cmc. 3,9 tale quantità di soluzione di permanganato: siccome nella precedente prova in bianco si è visto che cmc. 11,4 di detta soluzione corrispondono a cmc. 10 della soluzione esatta al 3,16 per mille, si calcola a quanto di questa corrispondono i cmc. 3,9 consumati, risolvendo la seguente proporzione:

$$11{,}4 : 10 :: 3{,}9 : x \text{ ; da cui : } x = \frac{3{,}9 \times 10}{11{,}4} = 3{,}42.$$

Per risalire alla percentuale di tellurito della soluzione in esame si fanno pertanto queste altre due operazioni:

$$3{,}42 \times 0{,}01014 = 0{,}0346788.$$
$$0{,}0346788 \times 200 = 6{,}93576.$$

La soluzione è dunque al 6,93 %. Misuratala — e sia per esempio cmc. 18,8 — la proporzione:

$$100 : 6{,}93 :: 18{,}8 : x \text{ ; da cui : }$$
$$x = \frac{6{,}93 \times 18{,}8}{100} = 1{,}30284$$

ci dice che la quantità (cmc. 18,8) di soluzione (al 6,93 %), di cui disponiamo, contiene effettivamente grammi 1,30 di tellurito.

Allora, se vogliamo ridurla al 2 %, si risolve la proporzione:

$$2 : 100 :: 1{,}30 : x \text{ ; da cui : } x = \frac{1{,}30 \times 100}{2} = 65$$

e cioè: i 18,8 cmc. della soluzione al 6,93 % vanno portati a 65 e quindi dobbiamo aggiungervi cmc. 46,2 (65 — 18,8 = 46,2) di acqua distillata sterilizzata; se invece si vuol ridurla all'1 %, si risolve la proporzione:

$$1 : 100 : 1{,}30 : x \text{ ; da cui : } x = \frac{1{,}30 \times 100}{1} = 130$$

e l'acqua da aggiungere è quindi cmc. 111,2 (130 — 18,8 = 11,2).

Gli ottimi esiti culturali, dati dal S.U.T. preparato con soluzioni di tellurito così titolate, comprovano che praticamente il metodo seguito corrisponde bene.

La soluzione di tellurito, ottenuta usando come solvente l'idrato di potassio, è fortemente alcalina. Ma poichè entra nel S.U.T. in proporzione molto limitata, quale appunto è quella di cmc. 1 o 2 (secondo che è al 2 % o all'1 %) su cmc. 100 o più di substrato, l'alcalinità che vi apporta non è mai tanto elevata da disturbare lo sviluppo e quindi la ricerca e la dimostrazione del bacillo difterico: si può dunque usarla senz'altro come è. Per quanto cautamente, però, si operi nell'allestirla, un certo eccesso inutile di alcali vi si trova sempre, eccesso che, volendo, si può eliminare — prima, ben s'intende, di dosare il tellurito, per non alterarne la concentra-

(8) Se invece che su 1/2 cmc. la titolazione si fosse eseguita su cmc. 1 o 2, l'ultima moltiplicazione, che ci dà la percentuale di tellurito, dovrebbe farsi, come è ovvio, rispettivamente per 100 o per 50.

zione una volta che si sia determinata — neutralizzandolo con soluzione acquosa di acido cloridrico al 10 %. Nel praticare questa operazione si abbia l'avvertenza di versare l'acido goccia a goccia, per poterne sospendere l'aggiunta al momento opportuno, quando cioè il precipitato, che immediatamente si forma in seno al liquido, cessa di ridisciogliervisi agitandolo; se ne riottiene poi facilmente la soluzione, con qualche goccia di potassa.

Nelle soluzioni di tellurito trattate con acido cloridrico l'alcalinità non rimane annullata, ma soltanto attenuata.

Il potere antibatterico, di cui il tellurito potassico è dotato, assicura già di per sè la sterilità delle sue soluzioni al 2 %, od all'1 %. Tuttavia queste si possono anche passare per 10 minuti alla temperatura del vapore fluente, o del bagno-maria bollente, prima di chiudere alla fiamma le fiale od i tubi in cui, per comodità di conservazione, si saranno previamente distribuite.

RIASSUNTO.

Nella composizione del « Siero-Uovo-Tellurito », substrato proposto dall'A. per la ricerca in genere del B. difterico, entra il tellurito potassico. Ma poichè questo si trasforma facilmente in altri sali insolubili o poco solubili in acqua, e perciò non è sempre possibile allestirvi direttamente soluzioni a determinato titolo, l'A. suggerisce di disciorglierlo con soluzione acquosa di idrato potassico al 10 % e titolare le soluzioni così ottenute, per ridurle alla concentrazione voluta (2 % o 1 %), mediante la conveniente aggiunta di acqua distillata.

PROBLEMI D'ATTUALITÀ

La fisiologia dell'atleta.

Diamo un largo sunto della conferenza tenuta dal prof. Tullio Gayda per l'inaugurazione dell'anno accademico dell'Università di Pavia.

L'oratore comincia col ricordare in quale conto fossero tenute la ginnastica e l'atletica presso i greci e presso i romani, per decadere, poi durante un lunghissimo periodo, interrotto solo da qualche risveglio.

In tempi più vicini a noi gli esercizi fisici ricevettero un nuovo e vigoroso impulso dai popoli anglo-sassoni, impulso che s'irradiò poi in tutte le nazioni. In Italia fu Angelo Mosso, il primo, mentre tale insegnamento era del tutto trascurato, che si fece propugnatore ardente della riforma dell'educazione fisica della gioventù, sotto il controllo della fisiologia, intuendo quale vantaggio ne potesse derivare.

Il Regime fascista poi, ridestando le virtù della nostra stirpe, ha posto in prima linea alle sue grandi direttive l'educazione fisica della gioventù e l'ha concepita ed attuata non solo come palestra del corpo, ma anche come scuola del carattere e dello spirito.

Di pari passo con il risveglio degli esercizi ginnici e atletici, si sono andate sviluppando le indagini fisiologiche, dirette a studiare la complessità dei processi biologici, che stanno a base dell'attività sportiva, con intendimenti non solo teorici, ma anche pratici, con lo scopo di provvedere ad una vera e propria organizzazione scientifica dello sport. È sorta così la medicina sportiva, e si sono istituiti corsi a cui collaborano medici e sportivi. In Italia la medicina sportiva è stata oggetto di particolari cure da parte del Governo Nazionale, come attestano l'istituzione dell'insegnamento della fisiologia all'accademia fascista per l'educazione fisica a Roma, la fondazione di un gabinetto per lo studio medico-fisiologico degli atleti al Littoriale di Bologna e di un altro analogo a Torino e l'organizzazione di altri corsi.

Lo studio fisiologico dell'atleta è molto importante oltre che dal punto di vista dottrinale, anche da quello pratico, perchè esso può servire a dettare le norme per una razionale selezione degli atleti.

L'atletica non va confusa con l'educazione fisica, perchè, mentre questa si prefigge di far acquistare all'organismo l'armonia delle forme e delle funzioni quella è diretta piuttosto a sviluppare al massimo grado una sola funzione od un gruppo ristretto di funzioni e costituisce sempre uno sforzo che varca i limiti della fatica.

La fatica può venir considerata come una valvola di sicurezza, che impedisce all'organismo di compiere un lavoro, superiore alle sue forze. Le doti caratteristiche di un buon atleta stanno anzitutto nella capacità di eseguire un lavoro muscolare intenso e prolungato prima che insorga la fatica e la capacità di continuare a lavorare quando la fatica si è già stabilita. Quindi il problema centrale dello studio fisiologico dell'atleta è quello della fatica e dell'esaurimento.

È già nozione antica che nel lavoro gravoso e prolungato si formano nel muscolo sostanze, che passando poi nel sangue determinano il senso di prostrazione e di stanchezza generale. Le più recenti ricerche hanno dimostrato che, durante la contrazione, si formano nel muscolo, dal glicogeno contenutovi, dell'acido lattico, che passa poi nel sangue e si diffonde a tutto il corpo, determinando i fenomeni generali della fatica e l'affaticamento di tutti gli organi e sistemi. L'acido lattico è dunque il diretto responsabile della fatica ed è naturale che si formi in maggiore quantità negli esercizi atletici.

I muscoli durante il riposo riacquistano la capacità lavorativa, perduta per effetto della fatica; ciò avviene per opera dell'ossigeno assorbito dall'atmosfera, che determina la scomparsa dell'acido lattico prodotto nel lavoro muscolare, ossidandone una parte in anidride carbonica e acqua e l'altra la trasforma nel glicogeno muscolare consumato.

La quantità di ossigeno consumata dall'organismo è un indice abbastanza fedele dell'attività dei muscoli, essendo proporzionale alla quantità di acido lattico, che vi si forma. Quando l'uomo è in riposo, consuma meno ossigeno di quando compie una fatica muscolare; ma poichè l'uomo non può assorbire di più di una data quantità di ossigeno in un minuto, ne viene di conseguenza, che quando la fatica è molto gravosa e prolungata, finita questa, l'organismo ha assorbito meno ossigeno di quello necessario a distruggere l'acido lattico; si stabilisce cioè un deficit di ossigeno, al quale si deve riparare dopo, continuando ad assorbirne per un certo tempo una quantità maggiore di quella che è sufficiente durante il riposo.

Hill, illustre fisiologo inglese ed anche corridore, che ha studiato accuratamente tale fenomeno, dice che in tali condizioni si stabilisce un debito di ossigeno, che l'uomo paga dopo l'esecuzione del lavoro in un tempo più o meno lungo, sino a completo ristoro dei muscoli.

Dopo lo stesso esercizio muscolare, il ristoro si compie più rapidamente nei giovani che non negli individui maturi, negli allenati, che non nei principianti. La durata del periodo di ristoro può fornire perciò un criterio per valutare la capacità atletica di un individuo.

Se l'esercizio atletico è molto prolungato e violento, si contrae un forte debito di ossigeno, che bisogna pagare però senza una troppo lunga dilazione; altrimenti si va incontro al fallimento; questo avviene quando il deficit di ossigeno è tale da non consentire più la normale funzione del sistema centrale e soprattutto del cervello. L'organismo ha però in sè tutta una serie di meccanismi, per mezzo dei quali può compensare, almeno in parte il forte debito contratto ed evitare il fallimento.

Quando l'attività muscolare si intensifica, il respiro si fa più frequente e profondo, producendosi l'iperpnea, dovuta all'azione diretta o indiretta che l'acido lattico, formatosi nei muscoli e passato nel sangue esercita sui centri respiratori. Conseguenza dell'iperpnea è l'aumento della ventilazione polmonare, che fornisce all'organismo maggior copia di ossigeno, permettendogli di far fronte al debito contratto.

Inoltre il sangue si arricchisce di corpuscoli rossi, si impoverisce di plasma e perciò aumenta la sua capacità di fissare ossigeno. Il numero dei corpuscoli del sangue si accresce perchè essi vengono snidati e mobilitati dai territori vasali, che in condizioni normali non prendono parte attiva alla circolazione; tra questi territori, il più importante è la milza; durante il lavoro muscolare la milza si contrae, spremendo dalla sua polpa il sangue contenutovi, che passa così in circolazione. Questa contrazione produce il così detto « dolore di milza » che si avverte soprattutto nella corsa veloce.

Allora interviene il cuore, modificando la sua funzione, in modo che una maggior quantità di sangue circoli nell'unità di tempo attraverso ai polmoni, per caricarsi di ossigeno e cederlo attraverso ai muscoli.

Questo effetto viene ottenuto dal cuore e aumentando la sua gettata pulsatoria ed aumentando anche la frequenza delle pulsazioni.

Nei buoni atleti in condizioni di riposo la frequenza delle pulsazioni è molto bassa; essa viene aumentata durante gli esercizi muscolari, tanto più quanto più è gravosa la fatica, ma molto meno che negli individui normali.

Il tempo che il polso impiega a ritornare normale, l'aumento della frequenza del polso e del respiro, dopo l'esercizio muscolare, forniscono un criterio ottimo per stabilire l'efficienza fisica di un individuo, la sua attitudine atletica e la sua resistenza agli esercizi più gravosi.

La coordinazione fra le funzioni degli ap-

parati circolatorio e respiratorio durante l'attività muscolare, è effettuata interamente dal sistema nervoso centrale in modo da mettere a giusto profitto tutte le risorse dell'organismo, tanto è vero che un individuo sotto l'eccitazione di fatti emotivi violenti può essere capace di sforzi prima neppure sospettati. Poichè in tale caso per un esaltamento dell'attività dei centri nervosi cardiaci, vasomotori e respiratori aumenta l'afflusso del sangue ai muscoli, al cuore, al cervello e si accresce l'efficienza degli apparati circolatorio e respiratorio.

I fenomeni di ristoro non ci sono ancora del tutto noti in tutte le particolarità, ma essi sono degni di studio, per ben comprendere il complesso meccanismo dell'allenamento.

L'allenamento riguarda l'attività specifica e l'attività sportiva generica.

Questa si manifesta con un aumento progressivo della quantità massima di lavoro muscolare eseguibile senza preoccuparsi di raggiungere la perfezione di una forma definitiva ed ha per effetto di accrescere il volume delle masse muscolari, aumentarne la forza e velocità di contrazione, di elevare la resistenza dei muscoli, dei tendini e delle ossa alle azioni meccaniche violente, di rendere più pronta la reazione dell'apparato circolatorio e respiratorio ai fenomeni della fatica.

Per l'atleta ha una grandissima importanza l'attività specifica. In questo allenamento si impara ad addestrare ed a coordinare i movimenti utili necessari per compiere l'esercizio sopprimendo gradatamente quelli superflui all'effetto che si vuole raggiungere. Con l'allenamento, con la ripetizione dell'esercizio s'impara a limitar la contrazione ai tali muscoli indispensabili, e a farli contrarre con la velocità ottima. Esso rende sempre più pervie le vie nervose, lungo le quali si propagano gli eccitamenti utili ed impervie le altre attraverso le quali si diffondono gli impulsi che determinano i movimenti superflui. Poi con la ripetizione continuata dell'esercizio, i movimenti si compiono con maggiore esattezza e facilità, richiedendo sempre minore attenzione, sino a diventare automatici ed incoscienti; la loro esecuzione esige quindi un dispendio molto minore di energia nervosa. L'allenamento ha quindi l'effetto di realizzare una notevole economia nell'energia totale, che viene consumata per compiere il lavoro muscolare. Mentre nell'individuo non allenato il rendimento meccanico dei muscoli, considerati come motori, non supera il 20 %, in quello allenato il rendimento può raggiungere anche il 30 %.

La mancanza quindi di « stile » che caratterizza l'atleta non allenato non è solo difetto di estetica, ma causa di sperpero di energia nell'esecuzione dell'esercizio sportivo.

L'allenamento e l'esercizio fisico recano vantaggio a tutte le funzioni dell'organismo, non solo a quella dei muscoli, ma anche alla circolazione, respirazione, ricambio, ed in generale a tutta la vita vegetativa. Ora questo benefico effetto della vita vegetativa si ripercuote naturalmente anche sulla vita psichica.

Noi normalmente, pur non avendo una coscienza chiara e distinta dello stato e della funzione dei nostri organi, avvertiamo un sentimento incessante del nostro corpo, sentimento che costituisce la cenestesi. Nello stato di equilibrio, cioè di perfetta salute, questo sentimento è continuo, uniforme, e rimane alla soglia della coscienza senza diventare sensazione distinta; quando invece le funzioni degli organi subiscono un esaltamento o una depressione, vengono trasmessi al sensorio eccitamenti, che sono percepiti dalla nostra coscienza con un senso di benessere o di malessere, di vigore o di abbattimento. Orbene, gli esercizi fisici, attivando energicamente le funzioni degli organi suscitano questo senso di benessere, mantengono l'umore sereno; essi sono dunque in grado di modificare profondamente la personalità psichica.

Ma gli esercizi fisici estendono la loro benefica influenza anche sui processi intellettuali.

L'allenamento rende i movimenti più rapidi, meglio coordinati allo scopo; questo effetto è dovuto più che ad un perfezionamento degli organi esecutori periferici, cioè muscoli e nervi, all'affinarsi dei meccanismi nervosi centrali, alla rapidità, precisione e coordinazione di funzioni psichiche. L'esecuzione di un movimento volontario, in risposta ad uno stimolo del mondo esterno, implica tutta una serie di processi psichici: anzitutto l'esatta percezione dello stimolo, poi la fedele rappresentazione mentale del movimento in tutte le sue fasi ed infine l'impulso motore volontario, che traduce in atto questa rappresentazione, percorrendo i nervi di moto e scaricandosi sui muscoli. Gli esercizi fisici rendono più rapidi tutti questi processi psichici.

Alcuni esercizi fisici poi più che altri ad es. l'alpinismo, la lotta, la scherma, richiedono l'intervento attivo dei processi mentali più elevati.

Dato quindi che i risultati ottenuti dalle indagini sperimentali fisiologiche e psicologiche hanno dimostrato che l'atletica e gli esercizi fisici richiedono l'intervento funzionale dei muscoli, dell'intero organismo ed involgono anche la partecipazione delle funzioni psichiche, facilmente si può comprendere quale importanza assuma l'educazione fisica, specialmente se impartita fin dalla prima età, sulla formazione della gioventù e quale influenza sulla formazione del carat-

re. Il carattere infatti mentre è legato alla costituzione individuale, e come tale, determinato da fattori ereditari, può essere grandemente modificato e plasmato dall'ambiente e dall'educazione. L'educazione fisica, canalizzando ed indirizzando rettamente le energie spesso impulsive e disordinate del giovane, può agire profondamente sul carattere esercitando la sua influenza su uno degli elementi fondamentali della formazione di questo, cioè sulla volontà. La volontà, resa più tenace e più pronta dall'abitudine dello sforzo muscolare, può trasferirsi nel campo morale ed essere indirizzata più facilmente al raggiungimento dei fini più elevati.

Accrescendo la forza muscolare, gli esercizi fisici suscitano ed alimentano il coraggio, risvegliano il senso di fiducia in sè stessi, insegnano ad essere pronti nella decisione ed a vincere il dubbio. Quegli esercizi fisici, che presentano qualche rischio, possono modificare l'emotività ammaestrando a resistere agli stimoli emotivi ed a limitarne la reazione. L'emulazione nelle gare sportive, oltre ad essere un incitamento ad aumentare la propria capacità fisica, favorisce anche la lealtà e la franchezza, ripercuotendosi nella vita psichica, mentre la finzione e l'inganno sono le armi dei vili.

Alcuni esercizi poi, come l'alpinismo, le crociere soddisfano lo spirito di avventura, così sviluppato nei giovani, impedendo che esso sia rivolto ad azioni insensate. Infine gli esercizio collettivi sviluppano i sentimenti di solidarietà e di collaborazione, fondamento della vita sociale.

Il prof. Gayda conclude dicendo che l'educazione fisica, imponendo una disciplina del corpo, ne impone anche una dello spirito, migliorando ed indirizzando verso il bene tutte quelle attività psichiche, che costituiscono gli elementi essenziali del carattere. Per queste ragioni l'educazione fisica non può essere concepita solo come un mezzo per rinvigorire il corpo, ma ha anche un alto contenuto morale. Essa ha quindi il dovere di assolvere per intero il suo compito, non limitandosi a sviluppare in modo esagerato le masse muscolari, ma per la maggioranza della gioventù e soprattutto per quella studiosa, che più ne abbisogna, deve mirare a temprare, insieme con il corpo, anche lo spirito, ad armonizzare l'attività fisica con quella intellettuale, a preparare non solo gli uomini dell'azione, ma anche quelli del pensiero. E questo appunto sta traducendosi in splendida realtà, per il vigoroso impulso provvidamente impresso dal regime fascista.

Prof. PAOLO INTROZZI
Aiuto R. Clinica Medica, Pavia.

SUNTI E RASSEGNE.

CIRCOLAZIONE.

Un'analisi di 500 casi di ipertensione arteriosa.

(F. NUZUM e A. ELLIOT. *Am. Journ. of Med. Science*, maggio 1931).

È lo studio analitico di 500 casi di ipertensione arteriosa in pazienti di età superiore ai 45 anni ed aventi una pressione sistolica intorno ai 150 mm. Hg: di questi, settanta affetti da nefrite cronica sono studiati separatamente. L'analisi è fatta in base a vari elementi causali o concomitanti ed i risultati sono paragonati con quelli di un gruppo di 250 individui di età superiore ai 45 anni ma con una pressione sistolica di circa 120 mm. Hg.

Così, riguardo alle *infezioni acute*, influenza, morbillo, meningite, febbre reumatica si erano avute più frequentemente nel gruppo degli ipertesi che non nei controlli. La nefrite acuta e la scarlattina si era avuta più volte nel solo gruppo dei nefritici che in tutti gli altri 430 ipertesi e 250 controlli. La percentuale di sifilidi e di infezioni tifoidi era più bassa di quella normalmente riportata.

Un'*infezione focale*, ricercata con i vari mezzi di clinica e di laboratorio fu trovata nel 63 % degli ipertesi, nel 62 % dei nefritici nel 60 % dei controlli. L'infezione focale non ha quindi importanza nella determinazione dell'ipertensione.

L'*obesità* si riscontrò in percentuale doppia negli ipertesi che nei controlli, ciò che conferma l'importanza dell'obesità nella patogenesi dell'ipertensione.

Una *tendenza familiare* per storia di malattie vascolari familiari diede risultati non conclusivi in quanto che questa storia era positiva nel 30 % degli ipertesi e nel 29 % dei controlli.

L'*arteriosclerosi* diagnosticata palpatoriamente e all'oftalmoscopio fu trovata nel 17 % degli ipertesi, nel 24 % dei nefritici e nel 14 % dei controlli. La differenza non è così grande come ci si aspetterebbe e dimostra che l'arteriosclerosi, specialmente dei grossi vasi non ha notevole relazione con l'ipertensione.

In 142 pazienti del gruppo degli ipertesi, trattati semplicemente con riposo, esercizio graduato e dieta alcalina, si fecero esami successivi della tensione arteriosa per osservarne le eventuali modificazioni. Il ricovero in ospedale ebbe in media la durata di 13 giorni. Di questi 142 pazienti, in 95 (5290) si ebbe una rapida caduta della pressione sistolica di circa 21 mm. Hg, in 12 non si ebbe alcuna modificazione, in 32 si ebbe una caduta

della pressione sistolica ed un innalzamento della diastolica, fatto che suggerisce una certa prudenza nell'istituire le misure terapeutiche.

G. LA CAVA.

Influenza del sistema nervoso vegetativo sulla pressione sanguigna e patogenesi della ipertonia.

(E. LESCHKE. *El Hospital Argentino*, giugno 1931).

L'A. dopo aver rapidamente ricordate le ipotesi principali che si son fatte circa la patogenesi dell'ipertensione arteriosa essenziale è tratto a dedurre, dalle osservazioni fisiologiche e cliniche di questo ultimo decennio, che la sclerosi delle arterie è una conseguenza e non una causa della ipertensione e che l'origine dell'ipertensione essenziale deve ricercarsi in un fattore costituzionale. Fattore costituzionale che è riposto in un livello fisiologico patologicamente elevato e che si riconosce dal fatto che l'ipertonia è un'affezione marcatamente familiare. Ci sono famiglie i cui membri sono tutti ipertesi e nei quali l'ipertensione, se sistematicamente ricercata, può esser messa in evidenza in una età molto giovanile. L'aumento della pressione sanguigna può esistere per decenni senza dar luogo a nessun disturbo.

L'A. non attribuisce importanza patogenetica alle infezioni, alla sifilide e ai disturbi tirotossici.

Hanno, in cambio, notevole importanza i disturbi genitali della donna e il climaterio, come lasciano vedere le ipertonie in pazienti affette da mioma o che hanno subito operazioni sugli organi sessuali o che sono in climaterio prematuro o anche normale. Più che di influenze endocrine dirette, si tratta in questi casi di azioni riflesse nervose sopra i centri della regolazione, a somiglianza di quanto succede dopo la legatura degli ureteri.

Un fenomeno frequente negli ipertesi è la comparsa della cosidetta « porpora annulare telengiactoide » descritta da Majocchi. Questa porpora non è una semplice affezione organica della pelle ma sta in isquisita relazione con le oscillazioni della pressione sanguigna e il numero degli eritrociti.

La comparsa della porpora Majocchi ha soprattutto importante valore diagnostico in quei casi di pressione arteriosa labile, in cui la pressione, a un solo esame, può apparire normale. Essa sta, per lo più, a indicare l'esistenza di crisi vascolari.

La terapia, una volta stabilita la diagnosi, consisterà innanzitutto nel riposo fisico e psico. La alimentazione sarà prevalentemente vegetariana, con esclusione del caffè e del té forte.

La dieta di Gerson esercita un'influenza eccellente, specie se al sale comune si sostituisce il Bromosal, che è nello stesso tempo un sedativo.

Per ciò che riguarda il trattamento medicamentoso è conveniente somministrare medicamenti sedativi del diencefalo e della corteccia cerebrale in combinazione con vasodilatatori come, per esempio, il bromuro di potassio con adalina, il piramidone, la papaverina, la diuretina, la nodopurina, oppure per un tempo maggiore, il luminal (0,10 gr. ogni volta).

È di speciale importanza prescrivere gli ipnotici durante la prima settimana di soggiorno in montagna.

In genere deve evitarsi di inviare ad altezze maggiori di 800 m. pazienti con pressione sanguigna di più di 200.

Gli infermi che hanno pressioni moderate sono invece favorevolmente influenzati dal soggiorno in montagna. Dei farmaci ad azione vegetativa è da raccomandarsi la colina.

Un'azione rapida, ma transitoria, può trovarsi nell'istamina, somministrata per iniezioni di 1/2-1 mgr.

Un'azione invece più continuativa l'hanno gli estratti epatici disinsulinizzati. I quali non hanno in genere azione sulle forti ipertonie, specialmente dovute alla nefrosclerosi.

Nell'angina di petto in seguito a trattamento con estratti disinsulinizzati, i dolori spariscono in circa il 60 % dei casi.

Gli esiti più felici si osservano però nelle gangrene angioneurotiche e tromboarteritiche. Nei casi lievi di malattia di Raynaud e di Buerger, di claudicazione intermittente e di altre affezioni vascolari simili, la circolazione ritorna alla norma. Anche nei casi gravi, in cui bisognerebbe procedere ad una operazione di amputazione, dall'uso degli estratti desinsulinizzati si possono ricavare dei risultati sorprendenti.

M. TRIPODI.

L'insulto cerebrale e l'angiospasmo negli ipertonici.

(J. PAL. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 16 ottobre 1931).

Il maggior numero di insulti cerebrali si verifica negli ipertonici, il che prova che in questi soggetti esistono condizioni speciali le quali favoriscono il determinarsi di tali insulti.

Non è verosimile che la patogenesi degli insulti stessi sia univoca sopratutto perchè le origini dell'ipertonia non sono uniformi, ma la maggioranza degli osservatori tende ad attribuirle a crisi di spasmo vasale.

Fin dal 1903 l'A. dimostrò che le amaurosi transitorie in varie malattie (colica saturni-

na, uremia acuta, eclampsia) hanno la medesima origine: uno spasmo vasale della grande circolazione che si diffonde alle arterie cerebrali del lobo occipitale.

Che la causa di questa specie di accidenti è dovuta solo ad un angiospasmo è provato anche dal miglioramento ottenuto mediante le inalazioni di nitrito d'amile. Le manifestazioni di questi angiospasmi non durano oltre i sei giorni e scompaiono senza lasciare traccie a meno che lo spasmo non persista il che è molto raro.

In tali casi all'autopsia si riscontra un rammollimento bianco.

È ovvio che quando lo spasmo è unilaterale invece dell'amaurosi si ha l'emianopsia.

L'angiospasmo può dare fenomeni di difetto a carico di altre parti del cervello: emiplegia, sordità, afasia, nonchè eclampsia.

Le crisi spastiche compaiono durante i sollevamenti acuti della pressione e scompaiono con l'abbassamento della pressione o con la dilatazione delle arterie cerebrali, ottenute ad es. con i nitriti.

Esse costituiscono il tipo comune d'insulto cerebrale, che si ha nell'ipertonia tossogena in seguito ad una speciale eccitabilità e tendenza agli spasmi dei vasi.

Fenomeni cerebrali di specie analoga ed in ispecie gli accessi eclamptici ed anche l'emiplegia possono sopravvenire nell'ipertonia tossogena in seguito alla produzione di un edema cerebrale alla cui produzione forse concorre una spasmo venoso.

È notevole il fatto che nell'ipertonia tossogena raramente si verificano piccoli focolai di rammollimento ed insulti emorragici, come risulta dagli studii di Herxheimer e Schulz. Ciò si spiega verisimilmente perchè trattasi di ipertonia delle vene. In effetti l'ipertonia tossogena riguarda tutto il sistema cardiovascolare.

L'ipertonia primaria invece è un'affezione tutt'affatto particolare che colpisce solo le arterie fino alla estremità venosa dei capillari. Nei casi puri tutto l'albero venoso comprese le più piccole diramazioni è normale e conserva un contegno affatto passivo.

Questa ipertonia può sussistere anche senza che coesista ipertensione.

Anche nel campo dell'insulto cerebrale è inammissibile scambiare l'ipertonia con l'ipertensione. Anzi se in quella condizione si riscontra una pressione molto alta si può concludere che non si tratta di ipertonia.

L'insulto si determina indipendentemente dall'aumento della pressione vasale, e questa, quando si verifica, è l'effetto non la causa dell'accidente.

D'altra parte una pressione normale ed anche bassa non esclude l'ipertonia.

E indipendentemente dall'ipertensione possono coesistere ipertonia arteriosa, ipertrofia eccentrica del ventricolo sinistro e rene sclerotico.

Nell'ipertonia primaria si verificano senza dubbio insulti cerebrali riferibili ad angiospasmo, perchè taluni di essi scompaiono senza lasciare traccie.

Un'accurata palpazione delle arterie ai due lati fa rilevare l'esistenza di un insulto organico. Poichè questo nella gran maggioranza dei casi si verifica nel campo arterioso carotideo-striato si riesce con la palpazione ad apprezzare ai due una differenza del tono arterioso (non della pressione), la quale può durare anche parecchio tempo dopo il prodursi dell'accidente.

Questo reperto offre la possibilità di seguire clinicamente il decorso di piccoli insulti e costituisce la documentazione del progresso dei grandi insulti (focolai di rammollimento ed emorragici).

I piccoli insulti isolati di solito non sono in rapporto a focolai emorragici ma a rammollimenti che danno luogo a piccole formazioni cistiche, il cui colorito indica che in esse si è verificato successivamente per diapedesi uno stravaso sanguigno.

Queste cisti sono spesso molto numerose e sono localizzate nel territorio vasale del cervello, nel quale sogliono verificarsi le emorragie.

Possono trovarsi da uno solo ed in tutti e due i lati ed anche prossimi a grandi focolai. Il loro aspetto può essere uniforme o disuguale, a seconda che si sono verificati contemporaneamente o in epoche diverse.

La loro molteplicità indica che esse sono prodotte da un unico momento causale, che prima si riteneva consistente in un aumento della pressione vasale.

Certo anche negli insulti da ipertonia primitiva si ha un salto della pressione vasale, ma esso è un effetto dell'accidente nel senso che nei vasi venosi si produce un ingorgo.

Il grado dell'aumento della pressione che provoca la crisi non è particolarmente alto.

La localizzazione del focolaio dipende dall'eccitazione dei vasomotori che provoca l'aumento di pressione.

Piccole emorragie possono confluire e formare un grosso focolaio.

Dal decorso clinico si rileva che i piccoli focolai sono i precursori dei grandi. I rammollimenti sono più frequenti delle emorragie e non di rado le gravi apoplessie sono precedute da piccoli insulti.

Nell'ipertonia i vasi cerebrali sono intatti.

Quando questi sono sclerosati il decorso suole essere diverso.

Per quel che riguarda le emorragie è in discussione la quistione se lo stravaso avviene dalle estremità venose dapprima come diapedesi e poi in grande anche dalle arterie, o primitivamente dalle arterie già necrosate.

Più verisimile sembra la ipotesi che l'emorragia avvenga dalle arterie secondariamente alterate.

Westphal ammette che lo spasmo delle arterie cerebrali costituisce il momento occasionale dell'insulto.

Per il rammollimento è da prendere in considerazione in prima linea l'occlusione vasale conseguente allo spasmo, la quale può essere provocata o dalla costrizione del lume vasale o dalle successive trombosi.

In ogni caso lo spasmo vasale è di specie diversa di quella dell'ipertonia tossogena. In questa sono prese dallo spasmo estese ramificazioni delle arterie particolarmente eccitabili, ma non sclerosate. Mentre nell'ipertonia primaria lo spasmo si ha solo in ramificazioni limitate di arterie organicamente alterate.

Gli stimoli agiscono direttamente sulla parete vasale. Talvolta si tratta di minutissime embolie o di alterazioni dell'intima che provocano la trombosi.

Riassumendo gl'insulti degli ipertonici in rapporto alla loro forma, origine, e meccanismo di produzione si possono così raggruppare:

A) Ipertonia con arterie organicamente non alterate:

a) ipertonia primaria: punto di partenza la circolazione arteriosa. Reperto: piccoli focolai di rammollimento con o senza pigmentazione; piccole emorragie per diapedesi eventualmente confluenti; lesione secondaria delle pareti arteriose e quindi grandi focolai di rammollimento o emorragici;

b) ipertonia tossogena (tossi-infezioni, gravidanza, saturnismo): angiospasmi cerebrali diffusi ed associati a crisi pressorie vasali con fenomenologia transitoria o raramente persistente con formazione di rammollimenti bianchi, o associati ad adema cerebrale o anche ad insulti analoghi a quelli dell'ipertonia primaria.

B) Ipertonia con arterie organicamente alterate (ialinizzazione, sclerosi): formazione di trombi a seguito di spasmi vasali circoscritti (eventualmente sulla base di un embolo) con conseguente rammollimento. DR.

L'esame oftalmologico nell'ipertensione arteriosa.

(J. ROLLET e PAUFIQUE. *Paris médical*, 5 sett. 1931).

Gli AA. distinguono tre ordini di fatti nell'evoluzione clinica dei disturbi oculari che si osservano negli ipertesi e cioè:

1) *I piccoli accidenti oculari.* — Si osservano spesso negli individui della classe agiata che si recano dall'oculista, mentre si vedono più raramente nella clientela ospedaliera. Si tratta di mosche volanti, di punti neri o luminosi, di annebbiamenti, di eclissi visive, di dolori retrooculari, di astenopia nei lavori fatti guardando da vicino. Si trova un campo visivo un po' intaccato, ed una papilla un po' pallida, con vene molto visibili. Maggiori elementi diagnostici, si hanno dalla misura della tensione delle arterie retiniche.

2) *Lesioni del fondo oculare.* — Oltre a quelle classiche (le emorragie del fondo oculare e la retinite detta albuminurica) vi sono altri fatti importanti, quali l'essudato plasmatico in corrispondenza della retina e le lesioni di capillarite (lesioni vascolari finissime in qualunque punto del fondo) che si osservano bene specialmente dopo la dilatazione pupillare. Esse costituiscono un segnale d'allarme che fa temere degli accidenti più gravi, sia locali che generali.

Le eclissi visive, dovute a spasmi che sono frequenti nei brightici (criestesia, sensazione di dito morto, ecc.) possono pure essere prodromi di accidenti gravi; ma gli spasmi gravi dell'arteria centrale della retina sono rari. Relativamente più frequenti sono le trombosi localizzate ad una branca della vena centrale della retina, le quali, all'esame oftalmoscopico, sono spesso ritenute come emorragie retiniche o retinite albuminurica unilaterale.

Un altro errore consiste nel ritenere che la retinite sia sempre espressione di azotemia; spesso, invece, si osserva che vi è retinite in individui senza ritenzione uremica, mentre in altri con alte percentuali di urea sanguigna, non si ha retinite. Ad ogni modo, questa comporta sempre una prognosi grave indicando un pericolo sia esso cerebrale o renale.

3) *Il glaucoma.* — Rientra esso pure nelle lesioni vascolari ammettendosi attualmente che si tratti di una sindrome morbosa derivante da un disturbo della permeabilità dei capillari, specialmente del sistema corio-ciliare. Recentemente, si è dimostrato che il glaucoma deve entrare nel quadro generale dell'ipertensione arteriosa: si spiega così la possibilità di lesioni vascolari retiniche nel corso del glaucoma o la comparsa di questo nel corso di emorragie retiniche, trattandosi di localizzazioni oculari differenti di un processo vascolare molto generale ed indubbiamente identico. *fil.*

L'estratto pancreatico desinsulinizzato nell'ipertensione arteriosa.

(E. VIA. *Cuore e circolazione*, agosto 1931).

L'A. riferisce sull'azione ipotensiva dell'estratto pancreatico desinsulinizzato, sulla natura della sostanza ipotensiva e sul suo meccanismo di azione.

Egli ha applicato il rimedio in diversi tipi di ipertensione: 1) della menopausa; 2) dei diabetici, obesi, pletorici, gottosi; 3) di individui con lesioni vasali arteriosclerotiche o luetiche senza affezioni renali; 4) di quelli arteriosclerotici con affezioni renali.

I risultati migliori si sono avuti nei due primi gruppi. Anche nell'arteriosclerosi, in complesso, l'effetto è buono, sia per il pronto e notevole abbassamento della pressione, sia per il miglioramento dei disturbi subbiettivi; un solo caso ha resistito alla terapia.

Gli insuccessi più frequenti si sono invece avuti nell'arteriosclerosi complicata con affezioni croniche del rene.

Il rimedio, oltre che efficace, si è dimostrato assolutamente innocuo. Il meccanismo di azione sembra piuttosto complesso, avendo l'estratto pancreatico la capacità di neutralizzare l'effetto ipotensore dell'adrenalina, di provocare una vasodilatazione, di eccitare il tono del vago, di deprimere quello del simpatico e di agire sul trofismo dei vasi e dei tessuti. *fil.*

OSSA E ARTICOLAZIONI.

Principî direttivi nella cura delle fratture non consolidate.

(F. ALBEE. *Surg. Gyn. Obst.*, vol. 51, n. 3, pag. 289-320, 1930).

I principî direttivi della cura della pseudoartrosi devono derivare dalla osservazione delle cause che hanno determinato l'arresto e la alterazione del processo normale di consolidazione. Secondo l'Albee le cause più importanti sono rappresentate da disturbi nel processo di neoformazione vascolare e da alterazioni nel depositarsi del calcio nel tessuto osteoide.

A questo proposito ricorda le esperienze di Robinson volte a dimostrare l'esistenza di un enzima, la fosfatasi, che regola il depositarsi del calcio.

Le cause più comuni di pseudartrosi sono rappresentate da queste condizioni: 1) il tessuto di granulazione dei due monconi non può venire a contatto per interposizione di tessuti, per spostamento dei monconi, per distanza eccessiva delle superfici di frattura; 2) il tessuto di granulazione evolve rapidamente verso la cicatrizzazione che strozza e chiude i vasi neoformati; 3) il tessuto di granulazione è arrestato nella sua evoluzione da manovre o da difettosa immobilizzazione; 4) l'apporto sanguigno è insufficiente perchè l'arteria nutritizia è lacerata e i tessuti parostali ischemizzati dalla contrazione; 5) infezioni; 6) placche e materiali estranei che devitalizzano i monconi e favoriscono l'infezione. Talvolta si osserva un riassorbimento precoce del callo spontaneo o provocato da manovre o da precoce attività funzionale.

Delle misure curative non operatorie è da prendersi in considerazione il miglioramento delle condizioni generali specie con abbondanti somministrazioni di alimenti.

Importanza quasi assoluta ha la cura operatoria. Occorre esporre ampiamente il focolaio di frattura, asportare accuratamente il tessuto cicatriziale in modo da rivitalizzare i frammenti e praticare un innesto osseo. Se vi è stata infezione non si opererà prima di 4 mesi dalla chiusura completa della ferita.

L'innesto osseo va preferito a qualunque altro materiale di osteosintesi.

L'innesto viene prelevato dallo stesso malato e possibilmente dalla stessa regione in cui si pratica l'intervento. La stecca ossea viene prelevata a tutto spessore in modo da comprendere tutti gli strati, dalla corticale all'endostio.

La apposizione dell'innesto deve essere fatta in modo che gli strati dell'ospite e dell'innesto si corrispondano esattamente. Se ciò non è possibile si cercherà di metterlo a contatto con la parte più vascolarizzata, cioè con il midollo.

Poichè l'elemento più importante nel processo di consolidazione è rappresentato dai vasi occorre osservare a che non vengano interrotti inutilmente p. es. con incisioni troppo estese, con manovre inopportune e brutali, ecc. Perchè l'innesto attecchisca bene è necessario anche che esso venga a contatto con il tessuto dell'ospite e che sia mantenuto immobile nella posizione datagli. Perciò si opererà il malato nello stesso tavolo su cui si deve fare l'apparecchio gessato e si immobilizzerà l'arto nel modo migliore perchè sia evitato qualunque spostamento sia precoce che tardivo.

È da sconsigliarsi l'infibulazione perchè interrompe il circolo vascolare del midollo, lo stesso è da dirsi dell'uso di trapianti osteoperiostei sec. Ollier in quanto il periosteo provvede solo a una parte della circolazione dell'osso e in casi di fratture antiche subisce una trasformazione cicatriziale che lo rende ischemico. Gli altri metodi di incastro a scalino, di osteosintesi con placche, con fili metallici, con avorio, ecc. sono da rigettarsi perchè colpevoli di recidive con alte percentuali.

Per quanto riguarda la tecnica del prelevamento del trapianto l'A. ricorda come la doppia sega a motore da lui costruita sia un apparecchio perfetto purchè ben maneggiato.

La stecca viene prelevata con la doppia sega dalla tibia e viene incastrata esattamente in una doccia scavata a tutto spessore sui due monconi di frattura. Se l'osso fratturato è di notevole spessore si potrà prendere il trapianto da un moncone dell'osso stesso incastrandolo per metà in una doccia colpita nel secondo moncone e per metà mantenendolo nella sede di prelevamento.

Per le ossa sottili usa un trapianto a forma di triangolo con apice molto ottuso che viene incastrato in una fessura a tutto spessore praticata nei due monconi. Qualunque sia il tipo di trapianto usa fissarlo con tendine di canguro all'ospite in modo da mantenerlo fisso in posto.

Ultimata l'operazione applica un apparecchio gessato che mantiene fino a che l'esame radiografico non dimostri l'inizio della consolidazione, allora passa a mobilizzazione progressiva ma sempre tardiva.

Ha operato con questo metodo 754 casi di pseudartrosi; in 317 casi era stata già praticata un'operazione per pseudartrosi senza effetto.

Ha ottenuto la guarigione in 671 casi (89 %), risultati cattivi in 83 casi (11 %).

P. VALDONI.

Per la conoscenza delle alterazioni vertebrali nelle carcinosi.

(A. SCHOLTZ. *Mitt. a. d. Grenz. d. Med. u. Ch.*, vol. 42, fasc. 2°, 1930).

Dallo studio radiologico di 17 casi di carcinosi vertebrale, l'A. tra le seguenti conclusioni.

Non sempre rimangono indenni nella carcinosi i corpi intervertebrali come vogliono alcuni e quindi questo non può essere un segno di differenziazione da processi simili.

Colpisce la sproporzione tra lesioni vertebrali e risultato negativo delle ricerche fisiche (sensibilità alla pressione e percussione locale).

La carcinosi vertebrale conduce di rado (3 casi su 17) alla formazione di gibbo che era dovuto non a spostamento delle apofisi spinose, ma alla massa tumorale stessa.

La compressione delle vertebre nella carcinosi avviene sempre simmetricamente; inoltre la distruzione della vertebra si arresta in genere alla corticale superiore e inferiore che sono rispettate. Questi due fatti spiegano come è possibile una larga distruzione dei corpi vertebrali senza che avvengano deviazioni assiali della colonna; in quanto le due corticali superiore e inferiore conservate, sono avvicinate parallelamente dalla compressione simmetrica sulle due metà della vertebra, e con le loro connessioni ai dischi intervertebrali e per mezzo di questi ai legamenti, si oppongano alle deviazioni. Nella conservazione dell'asse può avere importanza anche la stessa formazione dura neoplastica.

P. STEFANINI.

Le fratture del naso.

(E. WATSON - WILLIAMS. *British Med. Journ.*, 31 ott. 1931).

Un naso rotto è abbastanza comune in tempi sportivi come quelli che stiamo attraversando, ma è pur sempre notato da tutti, eccettuata forse la vittima, più con disgusto che con simpatia. È logico che chiunque si trovi in possesso di un naso rotto cerchi in ogni maniera di farlo riparare: e ciò non è difficile se la cura è intrapresa in tempo, prima che si sia stabilito un callo in corrispondenza della frattura ossea. Importante però è che la cura sia intelligente, cioè guidata da una esatta conoscenza della lesione, aiutandosi con ogni mezzo (radiografia, stereogrammi, ecc.). La cura deve essere intrapresa appena terminati i fenomeni locali (ferite, tumefazione del naso, ecc.) dovuti al trauma. In generale il naso è spostato verso un lato: se si cerca di riportarlo sulla linea mediana si vede che il risultato pecca di simmetria. E ciò si spiega con la conoscenza di come avviene lo spostamento delle ossa in queste fratture del naso: infatti ambedue le ossa nasali sono rotte e spostate verso un lato: inoltre sul punto in cui esse si connettono sulla linea mediana la frattura ha fatto sì che le due ossa venissero ad embricarsi l'una sull'altra come i due parietali del feto l'uno sull'altro. È logico che spingendo senza cognizione di causa le due ossa verso un solo lato, la sovrapposizione delle due ossa divenga ancora maggiore.

L'A. propone invece il seguente metodo operatorio, applicato con efficacia in 6 casi. Messo il paziente in narcosi con due pinze da ossa tipo Jansen si allontanano l'una dall'altra le due ossa nasali in modo da annullare la sovrapposizione: indi si fanno avvicinare simmetricamente i due margini i quali si salderanno l'uno con l'altro senza più sovrapporsi. Non sono necessari apparecchi di contenzione.

Se il naso è stato schiacciato, un apparecchio di contenzione è necessario per ristabilire il profilo: in alcuni casi può essere necessaria la resezione del setto.

G. LA CAVA.

La rigidità dolorosa della spalla.

(E. SEIFERT. *Ueber die schmerzhafte Schulterversteifung - Periarthritis humeroscapularis*, Kabitzsch ed., Leipzig).

L'A. rileva che una gran parte delle modificazioni infiammatorie della regione della spalla non risiede nell'articolazione scapolo-omerale, ma è extraarticolare.

Per ben comprendere tali modificazioni, è necessario farsi un'idea esatta del meccanismo dei movimenti della spalla. Ad ognuno di questi movimenti, prendono parte anche due pseudoarticolazioni od articolazioni muscolari di cui una interviene nei movimenti fra la parete toracica e la scapola (muscolo sottoscapolare) e l'altra si estende tra la superficie esterna dell'articolazione scapolo-omerale e la superficie del deltoide ed, in parte, del gran pettorale. In queste due articolazioni muscolari risiede principalmente la malattia della rigidità dolorosa della spalla, intesa in senso stretto; sono anche da prendersi in considerazione l'artrite dell'articolazione acromio-clavicolare e la borsite sottodeltoidea.

Le cause sono molteplici. Spesso si tratta di un semplice colpo di rimbalzo che sul momento non produce una notevole incapacità lavorativa. In altri casi, si tratta di un movimento rapido, non abituale, maldestro, talora esagerato, che viene accompagnato da un

dolore di strappamento. E si ha realmente una lacerazione, sia nella capsula articolare o, più probabilmente, in un'appendice muscolare (tendine del muscolo sopraspinoso o del sottoscapolare). In altri casi, basta il mantenere a lungo la posizione dell'articolazione in adduzione per portare in breve tempo alla rigidità della spalla (speciale predisposizione). Finalmente, tale affezione può anche avere origine reumatica.

Nella diagnosi, si deve anzitutto differenziare questa affezione dalla vera artrite scapolo-omerale. In quest'ultima, si osserva che fin dal principio della malattia tutti i movimenti della spalla sono dolorosi e limitati in ciò che non si ha nella periartrite. Nei casi più avanzati, si deve ricorrere, oltre che all'anamnesi, all'esame radiologico. Fra i movimenti, il più colpito è quello dell'abduzione, mentre quello che permane più a lungo è il sollevamento in avanti. La diagnosi differenziale è facilitata dall'iniezione locale di novocaina che, nella periartrite, dà un'anestesia che dura parecchie ore.

Nel trattamento, si deve distinguere fra casi recenti e cronici. Nei primi il deltoide va rilasciato, per mezzo di una stecca che tenga l'omero in abduzione ad angolo retto. Si lascia la stecca per 8-10 giorni, dopo di che, si incominciano dei lievi movimenti, pure curando di mantenere l'abduzione. Il riposo deve durare almeno 3 settimane.

Nei casi cronici di periartrite, si deve anzitutto tener presente la tensione dura del muscolo, per cui si devono rilasciare le aderenze mediante forti movimenti da imprimersi sotto narcosi generale o sotto anestesia del plesso. Il braccio va quindi mobilizzato fortemente, specie nel senso dell'abduzione, dopo di che si fa il trattamento come nei casi acuti.

Per la profilassi, si eviteranno sopratutto i colpi di rimbalzo alla spalla, specialmente per le persone anziane e si curerà che il lavoro pesante del braccio non duri troppo a lungo e sia seguito da un periodo di riposo in abduzione. *fil.*

Il trattamento delle cisti dette " sinoviali ,,.

(MUTEL. *Paris Médical*, 29 novembre 1930).

L'ablazione delle cisti sinoviali può costituire un errore. Se il più delle volte si ottiene il risultato desiderato, si hanno talora delle complicazioni immediate o lontane, *in sito* o a distanza. Per quanto molto rare, queste complicazioni debbono richiamare l'attenzione del chirurgo, poichè possono essere molto gravi.

È la natura della cisti che permette di prevedere quando, come ed in qual tempo dette complicazioni si possono presentare. Da questo punto di vista bisogna considerare tre ipotesi:

I. *La cisti è un accidente erniario di una sinoviale e la sua estirpazione è seguìta da guarigione.* In queste condizioni la cisti può essere operata con le maggiori probabilità di ottenere una cura radicale e definitiva. Questa patogenesi spiega i numerosi successi ottenuti con l'atto operativo.

II. *La cisti è una lesione tubercolare e la sua estirpazione può essere seguìta dalla evoluzione di un focolaio della stessa natura sul posto o a distanza.* La natura tubercolare della cisti sinoviale, per quanto rara e contestata da alcuni AA., è reale. Si tratta di manifestazioni tubercolari anatomicamente e clinicamente benigne, ma, come ogni tubercolosi, devono essere rispettate. Una irritazione, un trauma, in particolare un atto chirurgico possono dare un colpo di frusta a questa infezione attenuata e determinare il suo aggravamento locale oppure la sua disseminazione verso altri punti dell'organismo. È il timore di questa complicazione operatoria che consiglia agli interventisti di considerare il trattamento post-operatorio importante quanto l'ablazione stessa della cisti. Poichè l'immobilizzazione non è spesso sufficiente per evitare le complicazioni, bisogna chiedersi se questo timore per sè solo non costituisca una formale controindicazione operatoria.

III. *La cisti è una lesione fibro-cistica para-articolare e la sua estirpazione può essere seguita da recidiva.* Recentemente alcuni AA. hanno confermato la teoria sostenuta da Ledderhose, Langemack e Frank, secondo la quale la cisti detta sinoviale sarebbe il risultato di una degenerazione del tessuto perisinoviale, il più spesso sotto l'azione di cause meccaniche ripetute. Queste cisti para-articolari possono raggiungere grandi dimensioni e la loro ablazione deve essere completata da una accurata pulitura, altrimenti la permanenza nel focolaio di tessuto ancora in via di degenerazione porta alla recidiva.

La diagnosi di cisti sinoviale è dunque una diagnosi incompleta; poichè, secondo la natura della lesione, l'atto operativo è utile o dannoso, è indispensabile cercare di fare una diagnosi etiologica.

Clinicamente la cosa è assai difficile. Il volume del tumore può avere qualche significato, in quanto le grosse formazioni cistiche sono piuttoste conseguenza di una degenerazione. L'aspetto del contenuto della cisti ottenuto per puntura non dà molte indicazioni. L'esistenza di una comunicazione della cisti con la sinoviale, messa in evidenza con l'iniezione di una sostanza opaca ai raggi X, è piuttosto a favore della lesione erniaria o tubercolare, ma anche questa indagine ha un valore relativo.

Queste incertezze valorizzano i risultati degli esami di laboratorio ed in particolare dei metodi di Besredka e di Vernes che constatano l'assenza o la presenza di un focolaio di tubercolosi in evoluzione. L'A., in base alla sua esperienza, sconsiglia ogni tentativo di exeresi nei casi in cui si sospetta una impregnazione tubercolare. G. TOSCANO.

CENNI BIBLIOGRAFICI

Angelo Chiasserini. *Relazione clinico-statistica triennale*. Venezia, 1931.

L'A. riassume brevemente i numerosi interventi (2400) eseguiti in 3 anni nell'Ospedale Civile di Venezia soffermandosi rapidamente su quelli di maggiore rilievo, sia per l'importanza dell'intervento che per la novità del procedimento. E questi sono veramente assai numerosi perchè il Chiasserini, sia per valore clinico, che per arditezza di intervento, si dimostra pari ai migliori chirurgi italiani e porta un notevole contributo alla più alta e difficile chirurgia.

Dopo un breve riassunto dell'organizzazione completa e moderna che ha saputo dare ad un vecchio reparto chirurgico egli passa all'esposizione sommaria degli interventi eseguiti dividendo il lavoro statistico secondo le varie regioni. Sopratutto notevoli sono i casi di chirurgia cranica (tumori del cervelletto o dell'angolo ponto cerebellare, cisti (dell'ipofisi, idrocefalo, tumori delle meningi). Brillante risultato ha ottenuto con l'usare la via transfrontale per lo svuotamento della cisti ipofisaria.

Nella chirurgia toracica, è molto notevole l'intervento per epitelioma dell'esofago al disotto della biforcazione. È noto come questa chirurgia tra le più difficili e le meno fortunate conti ben pochi interventi in Italia. Molto ampia è la statistica sullo stomaco e sopratutto notevoli le resezioni per ulcera perforata, con una buona percentuale di successi. Numerosissimi sono gli interventi importanti sul fegato, le vie biliari, sull'intestino, sulla milza e sulle vie genito-urinarie.

Infine nella chirurgia degli arti richiamano la nostra attenzione gli interventi fatti per malattie dei vasi negli arti con gangrena iniziale. Egli ha eseguito la surrenalectomia e la ganglionectomia. Quest'ultimo intervento è stato praticato un buon numero di volte (19). È noto come questa operazione proposta da Adson sia attualmente la migliore per curare queste gravi affezioni vasali; il Chiasserini è stato uno dei primissimi in Italia ad eseguirla ed è certamente quello che ha la maggiore statistica.

Il volumetto è adorno di belle illustrazioni e dà succintamente particolari di tecnica originali ed acuti, si legge con piacere ed interesse.

Prof. Vittorio Ghiron.

O. Ortali. *Chirurgia d'ospedale*. Scansano, 1930.

L'A. ha raccolto in un volume le 8193 operazioni eseguite all'Ospedale civile di Ravenna dal 1920 al 1928. Il materiale elencatovi assume una importanza notevole non solo per la sua abbondanza ma anche per la sua grande varietà interessando esso ogni branca di chirurgia. Ha illustrato in capitoli separati i casi clinici di maggior valore che scientificamente e praticamente possono interessare. Egli così pubblica numerosi casi che destano la più grande attenzione da parte del chirurgo sia dal punto di vista clinico in sè che per la modernità di trattamento a cui sono stati sottoposti. Importante il capitolo che riguarda la chirurgia del tubo digerente tanto per gli interventi d'urgenza come per quelli di elezione. In ogni capitolo l'A. accompagna l'esposizione dei casi e le considerazioni notevoli per modernità di vedute e per profondità di dottrina. Questo volume costituisce un buon contributo alla casistica chirurgica.

V. Ghiron.

Paolo Mirizzi. *Clinica Quirurgica*. Vol. II. Libreria « El Ateneo ». Cordoba.

L'A., professore di clinica chirurgica dell'Università di Cordoba pubblica il secondo volume. diviso in vari capitoli nei quali tratta diversi argomenti: le ricerche preoperatorie da eseguire sulla funzionalità epatica nelle affezioni della cistifellea; i metodi di anestesia per l'addome superiore; e poi illustra casi clinici a proposito dei quali vengono svolti i capitoli relativi di patologia come per il gozzo, la mammella sanguinante ed il carcinoma della mammella, l'ulcera dello stomaco, le splenomegalie, le cisti del pancreas, la peritonite tubercolare, la pionefrosi, i neoplasmi dell'utero e degli annessi, il sarcoma delle ossa, la lussazione dell'omero, la frattura del collo del femore.

Il volume di circa 300 pagine è corredato da varie figure riguardanti malati, schemi, preparati istologici e radiografie.

R. Brancati.

Wessely. *Stereoskopischer Atlas der Aeusseren Erkrankungen des Auges*. München, Bergmann, 1931. Mk. 12.

Si è pubblicata la terza parte di questo interessantissimo Atlante, che con nitide fotografie a colori vuole dare una riproduzione stereoscopica delle malattie esterne dell'occhio. Indubbiamente, sotto la direzione di Wessely, la scelta dei quadri morbosi e la loro riproduzione fotografica è quanto di più dimostrativo vi possa essere, non solo per lo specialista, ma anche e principalmente per il medico pratico, che voglia mantenersi al corrente con tutto quanto riguarda l'occhio. Basta un comune stereoscopio per permettere una visione nitida e precisa in tutti i dettagli della malattia: mentre una annessa spiegazione nelle tre lingue principali, inglese, francese e tedesca, rende intelligibile a chiunque l'interpetrazione della lesione.

Vi è qui riprodotto il pemfigo della congiuntiva, l'epitelioma congiuntivale, la cheratite parenchimatosa, il lipodermoide sottocongiuntivale, la policoria, il sarcoma perforato della coroide. ecc., tutti quadri così chiari, che danno l'impressione della presenza del malato. È un atlante che si renderà utile.

Mezzatesta.

TRIBUNA LIBERA.

Ancora a proposito della « Possibilità di suscitare sindromi di anafilassi attiva locale ».

Risposta al prof. G. Melli.

Non per desiderio di polemiche, ma per mettere le cose a posto, mi induco a rispondere al prof. Guido Melli, la cui replica (v. fasc. 51 del 1931) ha la pretesa di essere offensiva, ma è solo artificiosa.

L'illustre A. dice che per un atto di cortesia sciupato ebbe a citare la mia nota del 1912, la quale niente ha da fare con le attuali sue ricerche sperimentali.

Mi perdoni il Melli, ma non posso condividere il suo parere: a me pare che per chi si occupa di anafilassi locale, istiogena, fosse doveroso citare la mia nota, che per quanto modesta, ha il merito della priorità.

Ma vi è di più. Il prof. Melli, il quale, sia nel lavoro precedente che mi procurò la risposta del Frugoni, sia nelle attuali ricerche sperimentali, si occupa di asma anafilattico, non può ignorare: che, se nella nota di cui sopra (Anafilassi alimentare in *Gazzetta Ospedali*, 1912) prospettai la possibilità che nell'asma da fieno si avesse a fare con una *anafilassi locale delle alte vie respiratorie*, solo nel lavoro pubblicato nel n. 12 del *Morgagni* (1922) mi occupai *ex professo* di asma anafilattico, e che in mezzo alla confusione allora dominante, sia all'estero che in Italia, circa la patogenesi del medesimo, potei concludere, in base ad argomenti che non hanno mai ricevuto *smentita, che l'asma anafilattico era funzione di una anafilassi locale o tanto prevalente da imporsi come fatto locale*.

Il prof. Frugoni, pochi giorni dopo la pubblicazione, mi inviò una copia del suo lavoro « L'asma bronchiale anafilattico » (in *Anafilassi*, edito dall'Istituto Sieroterapico Milanese), con questa dedica: « Al collega..... Silvestri, pregandolo inviarmi l'ottimo lavoro sul Morgagni », il che non potei fare non avendone. Che fosse ottimo o meno, al clinico di Padova dovette sembrar tale, se Egli e la Sua Scuola in tema di asma anafilattico fecero tesoro di tutte le mie conclusioni.

Veda il prof. Melli se avevo ragione o meno di lamentarmi per la mancata citazione dei miei lavori sull'asma anafilattico, e se il farlo più che un semplice atto di cortesia non fosse un atto onesto.

T. SILVESTRI.

Risposta al prof. T. Silvestri.

Non intendo continuare una polemica che ha assunto un tono così singolare. Ogni replica mia sarebbe del resto superflua, chè non potrei che ripetere, sia pure con diverse parole, quanto ho già detto nell'ultima mia nota. Chi si interessasse di questa controversia potrà trovare nelle pubblicazioni originali tutti gli elementi di giudizio. È per questo che riporto qui in calce le indicazioni bibliografiche delle mie ricerche in argomento.

GUIDO MELLI.

Riforma Medica, nn. 22 e 26, 1927; nn. 7 e 20, 1928.
Minerva Medica, nn. 36 e 37, 1928; nn. 44, 1929; nn. 1 e 35, 1930.
Il Policlinico, Sez. Med., 1931; Sez. Pratica, n. 51, 1931.
Atti della Soc. It. di Dermatologia; Congresso di Milano, 1928.
Le malattie allergiche (in collaborazione col prof. C. FRUGONI); nel « Trattato Italiano di Patologia Medica » dal prof A. CECONI.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta del 29 novembre 1931.

Presiede il prof. S. BAGLIONI, presidente.

Il riflesso vestibolo-pupillare nell'ascesso temporo-sfenoidale otogeno.

Prof. G. FERRERI. — L'O. ha studiato il comportamento del riflesso vestibolo-pupillare in una malata di ascesso del lobo temporo-sfenoidale, di origine otitica, guarito in seguito a intervento operativo. L'O. mette in rilievo la grande importanza che il riflesso vestibolo-pupillare può avere nella diagnosi di complicazione endocranica otogena, specie in caso di incoscienza del malato. Il riflesso V. P. ha dimostrato una netta fase midriatica dell'occhio omolaterale alla lesione per ipereccitabilità del simpatico pupillare: l'importanza pratica del fenomeno è data dalla sua unilateralità.

Sulle modificazioni delle piastrine in differenti forme morbose.

Prof. V. GIUDICEANDREA. — Dopo aver accennato alle ragioni per le quali lo studio delle modificazioni delle piastrine non ha dato finora quei risultati pratici, che si sono avuti da quello degli altri elementi morfologici del sangue, l'O. espone in rapida sintesi le osservazioni da lui fatte, in molti anni, sulle modificazioni delle piastrine nelle varie condizioni patologiche, e particolarmente nelle malattie infettive e nelle anemie, mettendo in rilievo le nozioni utili che crede possano derivarne per la diagnosi e specialmente pel prognostico. Insiste sui rapporti delle alterazioni piastriniche (per lo più numeriche e di varia grandezza) con le varie forme di affezioni spleniche, tenendo conto delle asserite attività piastrinolitiche della milza. Infine da molte osservazioni compiute trae argomento per sostenere l'origine midollare delle piastrine.

Partecipa alla discussione il prof. ANTONELLI.

Ricerche sperimentali sulla genesi allergica dell'artrite gottosa.

Prof. V. CHINI. — L'O. dimostra che la presenza in quantità abnormi di acido urico entro l'articolazione del ginocchio del coniglio, mentre nell'animale va svolgendosi una sensibilizzazione allergica, favorisce al momento dell'iniezione scatenante la localizzazione articolare di una flogosi allergica, che si ripete ad ogni successiva iniezione di antigene, mettendo capo infine ad una artrite cronica analoga in parte all'artrite uratica umana.

Il tessuto reticolare e la genesi della fibrosi del polmone in collasso pneumotoracico.

Dott. E. ANTONIAZZI — L'O. espone i risultati complessivi di una serie di ricerche atte a stu-

diare su materiale umano e sperimentale il comportamento del tessuto reticolare nel polmone in collasso pneumotoracico. I risultati permettono di concludere che alla base dei processi di sclerosi cui va soggetto il polmone collabito sta il T. R.: questo tessuto, attraverso una serie di modificazioni varie, si trasforma in connettivo vero e proprio dando così origine alla trama fibrosa che troviamo come esito nei polmoni a lungo trattati.

Prima di raggiungere la trasformazione definitiva il reticolo, e con esso l'elemento cellulare, reagisce in varia guisa, cioè con fenomeni di iperplasia o meno a seconda del grado e della durata della compressione e a seconda dell'azione concomitantemente svolta dai veleni batterici.

Come il reticolo interstiziale si comporta talora quello delle avventizie dei capillari a carico delle quali in qualche caso furono notati fatti di fibrosi.

Il Segretario: G. AMANTEA.

Società di Coltura Medica della Spezia e Lunigiana.

Seduta del 30 ottobre 1931.

Presiede il Prof. dott. RINALDO CASSANELLO.

Prof. dott. CESARE GIAUME. — *Encefalite post-vaccinale.*

Prof. dott. A. BRONZINI. — *Dimostrazione radiografica dello scarico del « liquor » attraverso la mucosa nasale, e dell'ostacolo che a tale scarico oppongono le infiammazioni di questa mucosa.*

Dott. CARLO MARSIGLI. — *Rilievi clinico-statistici sulle complicanze auricolari della scarlattina.*

La terapia glucosio-insulinica nella insufficienza di cuore.

Dott. GIACOMO CAMPODONICO. — L'O., dopo aver passato in rassegna i varii tentativi fatti fino ad ora per esperimentare l'efficacia della terapia glucosio insulinica nelle cardiopatie scompensate, si sofferma a studiarne i principi informatori. Essi fondamentalmente sono:

La sostanza dalla quale il cuore attinge la quantità di calorie che poi trasforma in lavoro meccanico è data in prevalenza dal glucosio, sul cui metabolismo e consumo l'insulina ha un'influenza specifica.

Nei cardiopatici scompensati si esalta la nutrizione della fibra cardiaca colla somministrazione del glucosio: l'assorbimento ed il consumo di questo però non potrebbero avvenire in modo regolare senza il potere attivante e regolarizzatore dell'ormone insulinico.

Il metodo di applicazione della nuova terapia, seguito dall'O., consiste nella somministrazione a digiuno di 100 gr. di sciroppo di glucosio, corrispondenti a circa 50 gr. di glucosio a cui si fa seguire una iniezione sotto cute di 5 unità cliniche di insulina. Un periodo di cura dura sette giorni, seguito da egual periodo di riposo.

L'O. descrive quindi nove casi di insufficienza cardiaca di origine diversa (lesioni valvolari, miocardite, lesioni polmonari, ecc.), tutti trattati con la terapia glucosio insulinica, sia sola che associata agli altri medicamenti cardiocinetici, od antisifilitici nelle forme luetiche. In tutti i casi i risultati della nuova cura furono così lusinghieri da far sperare che essa al più presto possa entrare nella pratica comune di ogni medico.

Alla discussione presero parte i proff. PARDI e DEBENEDETTI, i dottori ROLLAND e PAITA.

Il dott. FRANCESCO NEGRI fece la relazione sul *primo anno di esercizio chirurgico nel reparto pediatrico*, sorto per iniziativa del prof. Cassanello. La numerosa statistica, mentre conferma la opportunità e necessità dell'istituzione del Reparto dimostra gli ottimi risultati terapeutici raggiunti, sotto la direzione del prof. Cassanello.

Il Segretario: Dott. DOMENICO ROLLAND.

Società di Coltura Medica Novarese.

Seduta del 5 novembre 1931.

Presidente: Prof. PAOLO PIETRA.

Dott. U. MONGUZZI. — *Sindrome combinata di eredo-atassia cerebellare con qualche cenno di morbo di Friedreich in un caso sporadico con reperto infiammatorio del liquor.*

Prof. VITTORIO FERRERO. — *A proposito della terapia delle gonoartriti acute.*

Sindrome colelitiasica da cause esterne alle vie biliari.

Dott. V. GALLINA. — L'O. riferisce 3 casi di sindrome colelitiasica senza la presenza di calcoli, nei quali venne riscontrata colecistostasi dovuta alla presenza di cause ostacolanti il deflusso della bile, esterne alle vie biliari. 1° caso: Colecistostasi da anomalia dei vasi cistici; 2° caso: Colecistostasi da iperplasia della ghiandola cistica; 3° caso: Colecistostasi da membrana anomala e da linfo-ghiandola del cistico iperplasica.

Conseguenze tardive dei traumi cranio-cerebrali.

Prof. G. VERCELLI. — I traumatizzati cranio-cerebrali, qualunque sia stata la gravità della lesione subita, ed anzi particolarmente in quei casi in cui non vi fu interessamento del cranio, possono presentare anche a distanza notevole un complesso di disturbi neuro-psichici particolarmente soggettivi, che costituiscono la cosidetta sindrome neuropsichica post-traumatica tardiva. Moderni mezzi di indagine, in particolar modo la pneumo-ventricolografia, ci permettono di dimostrare inequivocabilmente la organicità, tanto spesso misconosciuta di questa sindrome; il suo quadro anatomo-patologico è essenzialmente dominato dalle lesioni secondarie all'ipertensione endocranica (idrocefalia), sulle quali si innestano lesioni a focolaio di tipo atrofico (sfiancamenti ventricolari, ecc.) e di tipo neoproduttivo (organizzazioni aderenziali e cistiche, ecc.).

L'O., esposti 2 casi personali (con ventricolografie), mette in evidenza il grande interesse di quest'argomento, illustrandolo nei suoi aspetti clinici, semeiologici, terapeutici (medico-radio-chirurgici) e medico-legali, alla luce di quei moderni concetti che da noi vennero particolarmente affermati e sviluppati con ampie e sistematiche ricerche da Besta e dalla sua scuola.

Il dott. COSTANTINI chiede se tra gli interventi chirurgici adatti in questi casi non creda utile quello della puntura del corpo calloso secondo la tecnica Autor-Braman, la quale è abbastanza semplice tecnicamente e realizza un vero sollievo e duraturo, in genere, per l'idraulica cerebrale.

Dott. P. COSTANTINI. — *Di un caso di ulcera perforata dello stomaco, operata, guarita, degenerata in cancro, guarita secondariamente con resezione.*

Prof. P. A. MEINERI. — *Presentazione di casi.*

Il Segretario: Dott. LUIGI FERRERO.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Rilievi sul reumatismo articolare cronico.

William Willcox (*The Practitioner*, novembre 1931) rileva che il reumatismo cronico è una malattia tanto frequente che ha rappresentato in Inghilterra nel 1922 1/6 delle cause di assenza dal lavoro per malattia negli uomini e 1/7 nelle donne.

L'etiologia di questa malattia è complessa. I fattori etiologici possono essere traumatici (nelle lombaggini, nelle fibrositi del dorso e del collo, nel gomito da tennis, professionali (per esercizio continuato imposto a determinati segmenti), costituzionali o diatesici, cutanei (la temperatura cutanea di alcuni reumatici è inferiore di qualche grado nella regione affetta), climatici (freddo, umidità, correnti d'aria), circolatori (artrite delle articolazioni falangee nel m. di Raynaud), dietetici, endocrini. Il reumatismo articolare acuto predispone al reumatismo cronico. Tutt'e due i sessi sono press'a poco ugualmente colpiti, tenendo conto della diversa esposizione ai fattori determinanti. L'età in cui non si vede il reumatismo cronico è quella che precede la pubertà. La gotta è una malattia a sè, però predispone al reumatismo cronico.

Dopo uno studio durato 12 anni al St. Mary's Hospital di Londra l'A. si è convinto che il fattore etiologico più importante è un'infezione streptococcica (viridans, emolitico e strept. comune), avendo trovato nella maggior parte dei casi un focolaio d'infezione streptococcica o nel nasofaringe, o nell'intestino o ai denti. Però un punto debole di queste ricerche è che non è stato isolato lo streptococco nè dal sangue nè dalle articolazioni. Ma le ricerche di Russell-Cecil in America hanno dato il 61,5 % di emoculture positive e 67,3 % di culture positive con liquido sinoviale. Sir Willcox conclude ritenendo dimostrata senz'altro l'origine infettiva del reumatismo cronico, di cui le numerose cause suesposte non rappresentano che fattori predisponenti.

R. LUSENA.

Metodi moderni di cura del reumatismo cronico.

M. B. Ray (*The Practitioner*, novembre 1931) nota che nel reumatismo articolare si fanno rientrare l'artrite reumatoide, l'artrite infettiva o focale, l'osteoartrite, la gotta, le alterazioni articolari non classificate, la malattia di Still (nei bambini) e anche malattie extrarticolari (fibrositi muscolari, neurofibrosite) mentre se ne escludono le forme da gonococco, da b. tubercolare, da meningococco e da Treponema pallidum.

L'artrite reumatoide, affezione progressiva, che colpisce più spesso le donne durante la gestazione, che inizia con febbre e colpisce prevalentemente le piccole articolazioni delle mani, è caratterizzata da atrofia cutanea, muscolare e ossea. Si cura, quando è possibile, colla residenza in clima caldo e asciutto; altrimenti si può tentare la vaccinoterapia o la proteinoterapia aspecifica. Il trattamento locale si fa con movimenti attivi e passivi e applicazione di apparecchi che impediscano il prodursi di deformità. Utile l'applicazione di bagni e doccie calde, di fanghi, di diatermia.

L'artrite infettiva si curerà aggredendo per prima cosa il focolaio dell'infezione.

L'osteoartrite, se c'è un'alterazione dell'apparato digerente, si curerà cercando di migliorare lo stato del colon.

Nelle artriti gottose, la cura della gotta è quella che deve prevalere.

Il m. di Still si cura con tonici generali e con bagni caldi locali. Nelle mio- e neurofibrositi si curerà il ricambio se questo è alterato; la cura locale si fa prima col riposo delle parti malate, poi coi massaggi e le applicazioni fisiche usate in altre forme.

In linea generale, i rimedi fisici possono essere sedativi o stimolanti. È sedativo il calore. Se c'è deficienza di secrezione sebacea della cute sono utili i bagni caldi d'acqua, di vapore, le docce calde alternate colle fredde. Per combattere la circolazione cutanea insufficiente si fanno massaggi nel bagno caldo, docce calde e fredde alternate. Per ridare i movimenti alle articolazioni irrigidite si fanno bagni caldi con massaggi, che sono utili anche per cercare di far riassorbire i tessuti aderenziali. Il calore, sotto forma di bagno, di fanghi, di diatermia, è un ottimo calmante del dolore.

R. LUSENA.

L'infiltrazione dei tessuti con soluzione di glucosio ne reumatismo muscolare.

Natannsen (*Deut. med. Wochens.*, 22 maggio 1931), ha ottenuto eccellenti risultati nel reumatismo muscolare di diverse localizzazioni (lombaggine, torcicollo, spalla, ecc.) mediante l'infiltrazione con soluzione di glucosio al 10 %, non preceduta da nessuna iniezione di anestetico. Se ne iniettano, *loco dolenti*, da 10 a 20, 50, fino a 100 cmc., eventualmente in diversi punti dolorosi del decorso del muscolo reumatizzato. Il dolore scompare talvolta come d'incanto; può ritornare poi dopo un certo tempo (un giorno) ma dura poco e scompare spontaneamente. L'A. ha ottenuto dei successi anche in casi che duravano da tempo ed erano rimasti ribelli a tutte le cure.

Gli insuccessi si hanno solo quando il dolore non è dovuto al reumatismo muscolare,

ma ad altre cause (artriti, metastasi carcinomatose) nonchè nei simulatori. È importante fare bene l'iniezione nel sottocutaneo e nei muscoli, come quando si pratica l'anestesia per infiltrazione. Naturalmente la cura è controindicata nei casi di diabete, in cui si potrebbe usare, invece del glucosio, il fruttosio.

P. Happel (*Ibidem*) riferisce su altri casi favorevolmente trattati con questo metodo ed insiste sull'utilità di introdurre forti dosi (50-100 cmc.); in qualche caso, è necessario ripetere l'iniezione. *fil.*

Peritonite reumatica.

La febbre reumatica colpisce frequentemente tutte le sierose ad eccezione del peritoneo che è colpito raramente.

F. C. Wood e E. L. Eliason. *The Americ. Journ. of the Medic. Sciences*, aprile 1931) ne riferiscono un caso e fanno una rassegna della letteratura sull'argomento.

Si presume che una peritonite sia reumatica quando ci sono segni di peritonite e contemporaneamente c'è reumatismo articolare acuto. Alcuni clinici francesi ammettono senz'altro l'esistenza di questa forma di peritonite. Il primo caso fu riferito da Audral nel 1839; si trattava di un malato di reumatismo che morì di peritonite con essudato emorragico. Furono descritti poi casi di peritonite seguiti da reumatismo articolare. In questi casi le lesioni peritoneali non somigliano alle altre forme di peritonite; in un caso le alterazioni peritoneali erano identiche a quelle riscontrate nel reumatismo nelle altre sierose.

R. Lusena.

SEMEIOTICA.

Variazioni dei diametri cardiaci nelle diverse posizioni.

Il problema è stato studiato da D. Tartagli (*Cuore e circolazione*, sett. 1931) il quale ha osservato che, nel passaggio dalla posizione eretta al decubito orizzontale si osserva un aumento uniforme dei diametri cardiaci, e ciò in tutti i tipi costituzionali. Il diametro basale è quello che segue più regolarmente le variazioni cardiache nei cambiamenti di posizione.

In base alle osservazioni, l'A. emette l'ipotesi che il decubito orizzontale provochi, od una diminuzione reale del tono del cuore oppure una particolare rotazione del viscere, tale da fare apparire un ingrandimento dell'area cardiaca.

L'innalzamento del diaframma destro, nel decubito orizzontale, non trova sempre un riscontro, almeno con le comuni indagini radiologiche, nei corrispondenti cambiamenti della inclinazione del cuore. *fil.*

MEDICINA SCIENTIFICA.

Il " fattore vitale „ nella dieta.
Una teoria sulla natura delle vitamine.

C. Watson (*Edinburg med. Journ.*, giugno 1931) rileva che il numero delle vitamine viene sempre aumentando in modo imbarazzante, sicchè è probabile che il medico pratico si faccia assai scettico al loro riguardo; non è poi da escludere il pericolo di uno sfruttamento commerciale lanciando sulla piazza dei prodotti « vitaminizzati » prima che le nozioni scientifiche in materia siano bene assodate. Non bisogna dimenticare che, dopo 18 anni di intenso lavoro, non si è riusciti ad isolare nessuna vitamina e noi non sappiamo ancora se si tratti di vere sostanze o non soltanto di proprietà; solamente due hanno potuto essere preparate; la carotina (vitamina A) dalle carote e dai vegetali verdi, e l'ergosterol irradiato (vitamina D).

Ora, in natura, le vitamine si trovano soltanto nel regno vegetale; quelle dei tessuti animali e del latte derivano dalle prime. L'energia solare agisce sulle piante e mette in moto l'energia chimica che favorisce l'accrescimento, la maturità ed i processi riproduttivi della pianta, energia che, poi, passa al regno animale quando i vegetali vengono consumati, secondo la legge della conservazione dell'energia.

L'energia solare può essere artificialmente usata per la produzione di vitamine, p. es., esponendo il corpo ai raggi ultravioletti (actinoterapia) il latte, nonchè delle sostanze medicinali (ergosterol, olio di fegato di merluzzo) agli stessi raggi. Ne viene, che l'energia solare viene trasformata, in natura o con mezzi artificiali, in energia chimica. Ne viene che, fra energia chimica (quale essa è immagazzinata nelle piante o nelle sostanze) e l'energia solare vi deve essere una certa affinità, se non addirittura identità.

È possibile che le vitamine speciali o quelle specifiche per la pianta abbiano una certa analogia con il potere selettivo inerente alla pianta stessa in rapporto con il colore.

La sorgente più sicura e migliore di vitamine è l'uso di cibi « viventi », mentre una parte notevole dei cibi comunemente usati è più o meno morta (devitalizzata); la quantità di vitamina nel cibo ha un determinato rapporto con la vicinanza del cibo stesso alla sorgente originale della sua energia.

L'ipotesi emessa dall'A. dell'energia solare che si trasforma (entro le cellule vegetali) in energia vitale chimica, la quale attiva l'accrescimento dei tessuti che, a loro volta, ingeriti dagli animali, trasmettono loro quella energia che viene detta vitamina, è da considerarsi come un'ipotesi da lavoro, che potrà, o meno, venir confermata. Tale conferma po-

trebbe avere un notevole riflesso sulle teorie mediche, che stanno alla base della pratica medica stessa.

Lo studio dei problemi della nutrizione va ora impostato sulle acquisizioni delle scienze fisiche avutesi in questi ultimi trent'anni e, specialmente sullo studio del valore energetico dei cibi in rapporto con quelle che possono essere chiamate le loro proprietà solari. *fil.*

La saponina negli spinaci.

L. Kofler (*Wiener klin. Wochens.* 1931, n. 26) osserva che le foglie di spinaci contengono della saponina ed hanno, per ciò, una forte azione emolitica.

Tale saponina, come pure l'estratto acquoso delle foglie di spinaci, agisce nel senso di favorire grandemente il riassorbimento. La saponina degli spinaci, inoltre, eccita l'attività delle ghiandole digerenti e dei movimenti intestinali. *fil.*

RUBRICA DELL' UFFICIALE SANITARIO

Il regolamento per l'igiene del lavoro.

Fra i più recenti provvedimenti legislativi, diretti a tutelare la salute dei lavoratori, merita di esser ricordato il *Regolamento per l'igiene del lavoro approvato con R. Decreto 14 aprile 1927, n. 530*, che disciplina, con una serie organica di disposizioni, la materia dell'igiene del lavoro nelle aziende industriali, commerciali ed agricole, e fissa le norme fondamentali per la difesa sanitaria del personale in esse impiegato.

La vigilanza sull'applicazione del regolamento, quando questo fu emanato, era affidata al Ministero dell'Economia Nazionale (ora al Ministero delle Corporazioni e, per alcune attribuzioni, a quello dell'Agricoltura e delle Foreste), che la esercitava per mezzo dei Circoli d'ispezione del lavoro. L'art. 57 però dichiara esplicitamente che nulla è innovato per quanto riguarda la competenza delle autorità sanitarie nell'applicazione dei provvedimenti relativi alla tutela dell'igiene e della sanità pubblica, e stabilisce che i funzionari incaricati della vigilanza dovranno collaborare con le autorità sanitarie per impedire che l'esercizio delle aziende industriali e commerciali sia causa di diffusione di malattie infettive oppure di danni o di incomodi al vicinato. In caso di dissenso fra gli ufficiali sanitari ed i Circoli d'ispezione del lavoro, circa la natura dei provvedimenti da adottarsi, giudicherà il Prefetto, con decreto motivato, sentito il Consiglio sanitario provinciale. Sembra perciò opportuno che gli ufficiali sanitari conoscano almeno le principali disposizioni del regolamento, nell'eventualità di dover concorrere nella vigilanza sulla sua applicazione.

Nel titolo I del regolamento per l'igiene del lavoro sono specificate le aziende industriali, commerciali ed agricole tenute ad osservare le norme del regolamento; il titolo II riguarda i due primi tipi di aziende; il titolo III quelle agricole.

Nelle lavorazioni che usino o producano materie asfissianti, tossiche od infettanti o specificamente nocive alla salute, l'esercente deve avvertire del pericolo il lavoratore, indicandogli e fornendogli i mezzi adatti di prevenzione e preservazione. Le materie suddette saranno conservate in recipienti a tenuta muniti dell'indicazione di veleno.

Quando le aziende occupino almeno 25 lavoratori devono avere una cassetta di pronto soccorso; quelle in cui il lavoro presenti rischi di scoppio, di asfissia, di infezioni o di avvelenamento, debbono tenere la cassetta anche se gli operai sono meno di 25; se sono più di 50 ci deve essere inoltre una stanza di pronto soccorso convenientemente illuminata, ventilata e riscaldata e fornita di acqua, lettuccio e barella; in ogni caso vi sarà un infermiere od altra persona pratica di servizi di pronto soccorso.

Nelle industrie ove si adoperino o producano sostanze tossiche od infettanti, e che saranno indicate in un elenco da approvarsi dal Ministero, i lavoratori verranno visitati da un medico competente, prima dell'ammissione al lavoro, onde constatare se abbiano i requisiti per resistere all'azione degli agenti nocivi a cui devono esporsi, e poi periodicamente per controllarne lo stato di salute. Un primo elenco di industrie, a cui è applicabile questa disposizione, è stato approvato con decreto ministeriale 20 marzo 1929. Nelle suddette aziende industriali pericolose, ed anche in tutte le altre quando abbiano almeno 25 lavoratori, devono essere visibilmente indicati con un cartello il nome e cognome e il domicilio o recapito di un medico, o la sede del più vicino posto di soccorso.

Speciali prescrizioni tecniche si riferiscono all'altezza, cubatura e superficie degli ambienti di lavoro, alla loro copertura, ai pavimenti, alle pareti, all'illuminazione, ventilazione e temperatura; agli apparecchi di riscaldamento, allo sviluppo di vapori, di gas irrespirabili, tossici o infiammabili, di polveri, ecc., ed ai lavori in pozzi neri, fogne, fosse, camini, caldaie ed in genere in luoghi dove possono trovarsi gas deleteri.

Tutti gli ambienti di lavoro debbono esser forniti di acqua sufficiente, tanto per uso potabile che per lavarsi, osservandosi sempre le cautele igieniche atte ad impedirne l'inquinamento e la diffusione con essa di malattie. Per la pulizia sono da evitare le vaschette e le catinelle con acqua ferma. Altre norme riguardano la nettezza dei locali, la conservazione di materie di lavorazione fermentabili o comun-

que nocive alla salute, gli scarichi dei rifiuti, le immondizie, ed anche i rumori e le vibrazioni.

Le latrine debbono essere in numero non inferiore ad una per ogni 40 persone occupate nell'azienda, ed essere distinte per i due sessi quando vi sono in totale almeno 10 lavoratori. Le condizioni igieniche delle latrine, orinatoi, condutture, bottini, ed il loro funzionamento, devono corrispondere alle norme consigliate dall'ingegneria sanitaria.

Nelle aziende che trattano sostanze venefiche, corrosive od infettanti, ed in tutte le altre con più di 20 operai ove la lavorazione offra speciali condizioni di imbrattamento (polvere, fumo, sostanze untuose, ecc.), può essere prescritto che l'esercente metta a disposizione dei lavoratori i mezzi per fare il bagno generale dopo il lavoro; analogamente, in determinate industrie, ed in tutte quelle che occupino più di 50 dipendenti, devono esservi gli spogliatoi, distinti per i due sessi. In alcuni casi sono prescritti anche refettori e locali di ricovero e di riposo (nei lavori all'aperto). I locali adibiti ad uso di dormitorio stabile debbono possedere gli stessi requisiti di abitabilità delle case di abitazione, sia per costruzione che per arredamento. Salvo casi speciali, e previa autorizzazione del Circolo di ispezione del lavoro, ne è vietata l'illuminazione a gas. Se i dormitori ricoverano più di 50 individui, deve esservi anche un locale destinato ad uso di infermeria con almeno due letti. Nelle zone malariche i dormitori saranno difesi contro gli insetti aerei dal giugno al dicembre. Per i lavori in aperta campagna, lontani dalle abitazioni, devono esser forniti adatti locali ad uso dormitori, che solamente quando la durata del lavoro non superi i 15 giorni nella stagione fredda ed i 30 nelle altre, potranno esser costituiti da capanne di legno, paglia, frasche e simili o da tende. Negli altri casi dovranno impiantarsi baracche di legno o costruzioni equivalenti, che posseggano i seguenti requisiti: ambienti separati per gli adulti, per i fanciulli e per le donne; pavimento sollevato da terra o comunque reso asciutto; buona difesa dagli agenti atmosferici, aperture sufficienti per la necessaria ventilazione e ben chiudibili; mezzi di illuminazione notturna; protezione contro gli insetti aerei nelle zone malariche; superficie non inferiore a mq. 3 per persona; arredamento individuale formato da letto, branda o cuccetta od almeno un posto fisso a terra, con materasso o saccone, cuscino e coperte sufficienti, un sedile, un attaccapanni ed una mensolina. Ai dormitori devono essere annessi cucina, refettorio, latrine e servizi per la pulizia personale.

L'esercente è tenuto a fornire all'operaio i mezzi personali di protezione e tutti gli altri necessari alla difesa della sua salute; se gli apparecchi di protezione possono diventare veicolo di contagio devono essere individuali e contrassegnati col nome o con un numero.

Abbiamo già ricordato in un precedente articolo le disposizioni speciali relative al lavoro dei fanciulli, dei giovani e delle donne adibiti al trasporto di pesi e quelle per le camere di allattamento.

Per le aziende agricole sono mantenute ferme le norme sulle condizioni di abitabilità delle case rurali contenute nelle leggi sanitarie ed è vietato, salvo casi particolari, destinare ad abitazione e a dormitorio grotte naturali o artificiali o costruzioni le cui pareti o la cui copertura siano formate tutte od in parte dalla roccia, capanne di paglia, fieno, canne, frasche e simili, tende, od altre costruzioni di ventura. I dormitori per lavoratori assunti per lavori stagionali, di carattere periodico, devono presentare gli stessi requisiti indicati per quelli delle aziende industriali.

Le norme igieniche prescritte per le stalle, le concimaie, le latrine, l'acqua potabile, ecc. non si differenziano sostanzialmente da quelle stabilite dalle disposizioni vigenti in materia d'igiene dell'abitato rurale. È proibito eseguire lavorazioni di carattere industriale o commerciale, per la preparazione, conservazione e trasporto di prodotti dell'agricoltura, boschicultura e pastorizia, nelle stalle od in locali sotterranei. Solo la preparazione e la manipolazione dell'olio e del vino possono compiersi nelle cantine adottando i provvedimenti opportuni per il ricambio dell'aria. Per le operazioni che implichino l'uso di sostanze asfissianti, tossiche od infettanti, come la distruzione di parassiti, di topi od altri animali nocivi, la prevenzione o la cura di malattie infettive del bestiame, si debbono seguire le norme indicate per le analoghe lavorazioni industriali. È prescritto che l'esercente tenga a disposizione dei lavoratori addetti alla custodia del bestiame i mezzi di disinfezione e di medicazione necessari per evitare il contagio delle malattie infettive.

Fra le disposizioni finali interessa particolarmente quella per la quale cessano di aver vigore le disposizioni dei regolamenti comunali d'igiene e di edilizia che, nel termine di un anno dalla data di entrata in vigore del regolamento per l'igiene del lavoro (e cioè entro il 25 luglio 1928), non fossero state uniformate alle disposizioni del regolamento stesso per ciò che riguarda le aziende e le materie cui si riferisce. Il Ministero può autorizzare i Comuni, caso per caso, ad inserire o mantenere nei propri regolamenti, norme più rigorose di quelle prescritte dal regolamento governativo, ove ciò sia richiesto da particolari ragioni di usi locali, di opportunità economica o di tradizione industriale, commerciale od agricola.

A. FRANCHETTI.

POSTA DEGLI ABBONATI

Criterî di guarigione di blenorragia. — Al dott. I. D. B. da L.:

L'assenza di gonococchi nell'essudato uretrale non basta per fare ritenere guarita una blenorragia. Il giudizio di guarigione può emettersi soltanto in base a criteri di probabilità e tenendo conto di varii elementi, di cui nessuno ha valore assoluto ma che, presi nel loro insieme, possono autorizzare a considerare spento il processo infettivo (stato della prostata, prova della riattivazione del gonococco, spermatocoltura, ecc.).

Non è facile fare scomparire l'essudato uretrale anche quando la ricerca del gonococco sia costantemente negativa, nè sembra che i moderni mezzi di terapia fisica (diatermia, ecc.) diano risultati di molto superiori a quelli che si ottenevano con i vecchi sistemi (Beniqué).

Il riposo sessuale, la dieta leggera e non irritante, qualche blando trattamento locale (solfato di zinco, allume 0,30 %) sono i mezzi più semplici e più innocui: al tempo ed alla natura il resto! V. MONTESANO.

Al dott. N. R. da D.:

Non esistono trattati riguardanti le Colonie fluviali, campestri, ecc. Qualche indicazione potrà trovare nei Trattati di Igiene, p. es., in: A. ILVENTO: *Igiene e malattie dello scolaro*, U. T. E. T., oppure nelle pubblicazioni edite a cura delle singole Istituzioni. Nella Rivista della Croce Rossa italiana sono stati pubblicati diversi articoli su tale argomento.

A. FILIPPINI.

Al dott. P. A. da R.:

Veda: LASCHI. *Tecnica Radiologica.* Cappelli, ed.; PONZIO. 2 volumi: *radiodiagnostica* e *radioterapia.* Utet. Torino; SOLOMON. *Radiothérapie profonde.* Masson ed. Paris; VAQUEZ e BORDET. *Radiologie du coeur et des vaisseaux.* Baillière, ed., Paris. E. MILANI.

Al dott. F. Z., abb. n. 4325:

Nelle forme di artrite secca del genere a cui ella accenna, risponde bene, di solito, la diatermia. *fil.*

VARIA.

Effetti nocivi del tabacco.

È diffusa l'opinione che il tabacco alteri la memoria, ma una dimostrazione di tale effetto sembrava impossibile anche perchè, generalmente, gli effetti nocivi del tabacco incominciano a farsi palesi in un'età in cui la memoria subisce di per sè un indebolimento. Con ingegnose esperienze, Binet e Zampfir (*Nature*, 15 ott. 1931) ritengono di essere arrivati a tale dimostrazione.

Essi hanno incominciato a controllare l'azione tossica del tabacco immergendo dei ciprini (ciprino dorato) in acqua contenente determinate quantità di macerazione di tabacco ed ottenendone la morte. Ma a questa intossicazione si può fare l'abitudine quando si incominci l'esperienza con dosi molto basse, che si aumentano poi man mano; in tal modo, il ciprino riesce a vivere in concentrazioni di estratto di tabacco che sarebbero immediatamente mortali per altri non abituati. È quanto si verifica, del resto, per l'uomo che, superati i primi effetti disgustosi del tabacco, riesce a tollerarne quantità che in altri determinerebbero subito notevoli disturbi.

Per lo studio della memoria, gli stessi AA. hanno usato un altro pesce (lo spinello), approfittando della particolarità di questo pesce che si getta avidamente sopra i vermicciattoli rossi che gli si offrono. A quanto sembra, è il colore che lo attrae perchè, se invece dei vermi gli si gettano dei fili rossi, esso accorre ugualmente, mentre disdegna i fili gialli.

Anche esso, però, può venire in certo qual modo educato, perchè se si continua per un po' di tempo a presentargli i vermi rossi con una pinza gialla, dopo un po' di tempo finisce per accorrere al solo vedere la pinza gialla. Si è veduto che, dopo 2-3 settimane di alimentazione fatta sempre con la pinza gialla, il pesce conserva la memoria abbastanza tenacemente tanto che, interrotto questo modo di alimentazione per 3 giorni, la presentazione della pinza basta per farlo accorrere.

Orbene, basta tenere per 24 ore lo spinello in una soluzione di nicotina abbastanza diluita, tale che non sia tossica, perchè esso perda la memoria per l'associazione fra pinza gialla e pesciolini rossi; esso si getta avidamente ancora su questi, ma la pinza gialla lo lascia indifferente. Ma basta lasciarlo poi per altre 24 ore nell'acqua pura, perchè la memoria ritorni come prima.

Gli *effetti sulle vie respiratorie* sono abbastanza noti; un recente studio di Hildebrand (*Münch. med. Wochen.*, 27 marzo 1931) li precisa bene, specialmente per i fumatori che aspirano il fumo. Oltre all'azione direttamente caustica sulla mucosa particolarmente faringea, è da porsi in rilievo quella sugli strati più profondi della parete bronchiale, nonchè sui vasi, i nervi, i muscoli lisci di questa, a cui si associa l'azione tossica della nicotina sul sistema nervoso centrale e, di riflesso, sull'apparato respiratorio. Si possono così avere i quadri della bronchite cronica, del broncospasmo che ricorda l'asma bronchiale e quello del rilasciamento con dilatazione e paresi bronchiale.

I disturbi subiettivi sono vari: possono anche mancare od arrivare invece fino a gravi quadri asmatici; talvolta i catarri anche insignificanti mantengono uno stato subfebbrile protratto che, unitamente ai sintomi respiratorii ed all'aspetto dei malati, fa nascere il sospetto di tubercolosi. *fil.*

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. (*)

CONTROVERSIE GIURIDICHE

I. - Concorso - Limiti di età.

Non è stabilito un limite di età per l'ammissione a concorsi dei sanitari condotti; non vi è una norma *generale* che prescriva una data condizione per l'età minima o massima; nè si può ritenere che dall'ordinamento positivo risulti un principio di diritto, in questo senso.

Valgono, quindi, soltanto le disposizioni *dei regolamenti locali*, se ed in quanto ne sia prescritto un limite di età, *con norma approvata dall'autorità tutoria*. Per i sanitari condotti l'art. 27 del R. D. 19 luglio 1906, n. 466 stabilisce, invece, una eccezione: qualora un limite sia prescritto, ne sono dispensati coloro che prestino o *abbiano prestato* servizio di condotta in altri Comuni. È noto che la giurisprudenza, con risoluzione discutibile e, anzi, secondo noi non esatta, ritiene che sia valutabile soltanto l'attività di impiego per ufficio di *titolare*.

Un concorrente aveva prestato ventun'anni di servizio quale ufficiale medico. Ma questo titolo non era sufficiente alla esenzione. Egli, però, era stato anche medico condotto titolare. Tuttavia, la Commissione lo escluse con questa curiosa motivazione: « Avendo oltrepassato il limite di età stabilito dal *bando*, non dimostra di avere spesa *la maggiore parte della sua attività* professionale in servizio di condotta, ai termini del capoverso B del bando che va interpetrato in questi sensi ». L'avviso del concorso riproduceva la disposizione dell'art. 27 del regolamento 1906, n. 466. Se avesse disposto diversamente, aggiungendo una limitazione maggiore, tale restrizione non avrebbe avuto efficacia sia perchè il regolamento locale e non il bando può stabilire norme circa l'età, sia perchè la esenzione stabilita dall'art. 27 del regolamento generale non può essere modificata in danno dei concorrenti da disposizioni locali. Comunque, era chiaro che, verificandosi la condizione prevista dall'art. 27, il concorrente aveva diritto di essere ammesso. Non è prescritto che il servizio, sia pure prestato in tempo anteriore, abbia lunga durata. Basta il fatto della nomina all'ufficio di titolare, seguito dalla esplicazione del rapporto d'impiego per qualsiasi tempo.

La V^a Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 27 agosto 1931, n. 497, ha annullato la deliberazione di nomina, riconoscendo viziato il procedimento del concorso per illegittima esclusione di uno dei concorrenti. Conseguenza dell'annullamento, è la rinnovazione del procedimento, incominciando dall'ultimo atto annullato. Deve provvedere la stessa Commissione. È da notare che era stata dedotta la illegittimità della costituzione della Commissione, perchè aveva provveduto il Prefetto a norma del R. D. 30 dicembre 1923, n. 2889, sebbene non sia stato ancora emanato il regolamento richiamato dall'art. 35 del decreto stesso. Ma il Consiglio di Stato, confermando una precedente sua risoluzione, ha ritenuto che debba provvedere il *Prefetto* e non più il Consiglio Provinciale Sanitario, applicando le vecchie norme, sino a quando non sarà pubblicato il nuovo regolamento.

A proposito della Commissione, è da segnalare un'altra quistione: l'art. 33 del regolamento sanitario 19 luglio 1906, n. 466 stabilisce che la nomina dei commissari deve esser deliberata prima della chiusura del concorso. Nel caso che è stato deciso dalla V^a Sezione con sentenza 30 luglio 1931, n. 481, la Commissione era stata nominata dopo. Però si è ritenuto che la disposizione dell'art. 33 stabilisca una regola di buona condotta amministrativa, la cui inosservanza non costituisce motivo di nullità.

II. - Concorso - Procedimento irregolare.

La Commissione aveva stabilito di dividere i titoli in quattro gruppi, assegnando a ciascuno di essi i seguenti punti massimi: *a*) per i titoli di abilitazione, 5; *b*) per i titoli di perfezionamento, 13; *c*) per quelli pratici, 9; *d*) per benemerenze militari, 3. Dalla relazione risultava che la Commissione aveva proceduto a votazione singola, per schede segrete. Non erano indicati però i punti attribuiti dai tre commissari a ciascuna delle quattro categorie di titoli. È da considerare anche la stranezza di quel procedimento: 5 o 13 punti non erano divisibili esattamente per tre, se non frazionando una unità; era, quindi, necessario, almeno, che ciascuno dei tre commissari avesse conoscenza anche delle frazioni di punto che erano a sua disposizione per i singoli gruppi di titoli! Questi casi anormali dimostrano la necessità, altre volte già rilevata, di una norma di condotta che serva almeno di guida.

La V^a Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 30 luglio 1931, n. 477, ha annullato la nomina deliberata in base a questa gradazione ed ha considerato che i titoli concernenti *benemerenze militari* avrebbero dovuto essere valutati soltanto a parità di merito ed agli effetti dell'ordine della graduatoria; non potevano invece essere considerati come titoli attinenti alla capacità professionale e, in genere, al merito dei concorrenti, in rapporto al concorso. Il giudizio della Commissione era inoltre illegittimo perchè non risultano i voti attribuiti a ciascun concorrente in relazione al metodo alquanto strano che era stato seguito per la distribuzione dei punti.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, cons. legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ALLUVIONI DI CAMBIÒ (*Alessandria*). — Scad. 31 gen.; L. 8000 oltre L. 2000 cav., L. 500 uff. san., 5 quadrienni dec.

ARITZO (*Nuoro*). — Scad. 29 febbr.,; con Belvì; L. 9000 oltre L. 1500 cavalc., L. 1000 uff. san., L. 720 c.-v. se dovuto; ritenute di legge; i due paesi distano km. 2.3; tassa L. 50.10.

ASCOLI PICENO. *Consorzio Provinciale Antitubercolare*. — Per titoli ed esami. Posto di Medico direttore del Consorzio. Documenti di rito oltre laurea medicina e chirurgia conseguita presso una R. Università del Regno da almeno due anni, certificato di iscrizione all'Ordine dei Medici per l'anno 1931, titoli comprovanti la specifica competenza del concorrente in tisiologia, igiene e profilassi sociale della tubercolosi, da presentarsi non oltre il 22 febbraio 1932. Stipendio annuo lire 24.000. Indennità di servizio attivo L. 3000 lorde ritenute di legge e 12 %. Nomina quinquennale riconfermabile salvo disdetta tre mesi prima scadenza. Divieto esercizio professionale; consentita solo consulenza nella specialità compatibilmente esigenze servizio. Per schiarimenti rivolgersi alla Segreteria del Consorzio in Ascoli Piceno, Palazzo del Governo.

BASSANO DEL GRAPPA (*Vicenza*). — Abitanti 21.000. Ospedale Civile, 200 letti. Concorso Chirurgo primario. Stipendio lordo L. 8000 e 6 trienni ventesimo. Si richiedono 6 anni di servizio pratico in Ospedale o Clinica chirurgica universitaria. Laurea conseguita da almeno 8 anni. Età non superiore 40 anni. Scadenza 31 gennaio 1932-X.

BELFORTE SUL CHIENTI (*Macerata*). — Scad. 15 feb.; L. 9000 e 3 quadrienni dec., c.-v., L. 2500 trasp., L. 600 se uff. san.; ritenuta 12 %.

BELLUNO. *Ammin. Prov.* — Scad. 15 feb. Medico aiuto del Dispensario prov. antitubercolare; lire 6000 oltre L. 2500 serv. att., già depurati del 12 %; 5 quadrienni dec. Chiedere avviso. Rivolgersi al Consorzio antitubercolare.

CAMERI (*Novara*). — Stipendio annuo L. 6160 (già ridotto in conformità del R. D. 20 novembre 1930, N. 1491) al lordo di tutte le ritenute e con le seguenti indennità annuali: Caro viveri nella misura stabilita dalla Legge; id. di trasporto lire 440; id. di supplenza L. 616. Le domande corredate dai prescritti documenti debbono pervenire in tempo utile alla Segreteria Comunale presso la quale, nelle ore di ufficio, è visibile il Regolamento organico. Scadenza 20 marzo.

CARRARA. *Congregaz. di Carità*. — Scad. 15 febbraio; medico primario, radiologo primario e aiuto di chirurgia; stip. rispett. L. 8500, L. 9000 e L. 7200, oltre indennità; al radiologo primario percentuale. Chiedere annunzio al Commissario Prefettizio. Tassa L. 100.10 per i primari, L. 50.10 per l'aiuto.

CASTELTESINO (*Trento*). — Scad. 28 feb.; rivolgersi Segreteria.

CERIGNALE (*Piacenza*). — Scad. 28 feb. Consorzio con Cortebrugnatella; sede a Rovaiola; L. 11.000 e quadrienni dec., oltre L. 500 uff. san., L. 3000 cavalc.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

COMO. *Ufficio d'Igiene*. — Scad. 1° feb.; medico aggiunto; L. 10.000 e 6 trienni dec. oltre L. 1500 indenn. grado, L. 1000 serv. att., L. 780 assegno integrativo, L. 2000-3500 trasp., c.-v.; deduz. 12 %: è consentito l'esercizio libero; età lim. 40 a.; tassa L. 50.20.

COTTANELLO (*Rieti*). — Al 25 genn., ore 18,30, 1ª cond.; L. 10.500 e 5 quadr. dec.; oltre L. 3650 cavalc., L. 400 se uff. san.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; doc. a 3 mesi dal 25 dic.; tassa L. 50,10. Chiedere annunzio.

FONDI (*Roma*). *Ospedale Civile*. — Chirurgo direttore e medico primario; il Commissario prefettizio rende noto che per l'ammissione al concorso nessun limite d'età è prescritto per i liberi docenti della Facoltà di medicina e chirurgia. V. fasc. 50 del 1931.

FORMAZZA (*Novara*). — Stipendio per cinquanta poveri L. 10.000 con 10 ventesimi biennali, oltre L. 1500, indennità alloggio; — L. 3500, vettura; — L. 500, ufficiale sanitario; — L. 150 ambulatorio; — salva decurtazione 12 % e ritenute legali. Deposito L. 50. Scadenza 31 gennaio.

FORNO CANAVESE (*Torino*). — Scad. 15 gen.; 2ª condotta, con Pratiglione; condizioni visibili presso la Segreteria consorziale.

IRGOLI DI GALTELLI (*Nuoro*). — Due condotte mediche. Scadenza 28 febbraio. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria del Comune.

LABRO (*Rieti*). — Al 17 gen., ore 12; con Morro Reatino; L. 9240 per 1000 pov.; addizion. L. 4; 5 quadrienni dec.; p. cavalc. L. 2700; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 4 dic.

ORISTANO (*Cagliari*). *Ospedale Civile*. — Scad. 29 febbr.; primario medico; L. 12.000 iniziali. Tre anni di aiuto in Ospedale di primaria importanza od in Clinica universitaria. Titolo di preferenza: pratica di laboratorio. Chiedere annunzio e informazioni alla Segreteria della Congregaz. di Carità.

PADOVA. *Amministrazione Provinciale*. — Con le norme del R. D. 16 gennaio 1927, N. 155, è aperto il concorso al posto di Direttore della Sezione Chimica del Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi. Stipendio iniziale L. 14.000 suscettibile di cinque aumenti periodici di un decimo ed eventualmente di un sesto aumento pure del decimo per meriti speciali. Riconoscimento dei servizi prestati agli effetti degli aumenti periodici fino ad un massimo di tre periodici (anni dieci). Servizio attivo L. 2100. Compartecipazione del 23 % sui proventi di Laboratorio. Indennità caro viveri come agli altri impiegati provinciali. Il tutto ridotto delle trattenute di legge e del 12 % di cui al R. D. 20 novembre 1930, N. 1491. Scadenza 28 febbraio. Per ulteriori chiarimenti rivolgersi alla Segreteria.

PAVIA. *R. Prefettura*. — Uff. sanit. pel consorzio di Mede e uniti (13 comuni); al 1° marzo; L. 8000 ridotte del 12 %, e 5 quadrienni dec., oltre L. 2000 trasp.; chiedere annunzio; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 10 dic.; età lim. 45 a.

PERGOLA (*Pesaro-Urbino*). — Scad. 31 gen.; Lire 8000 oltre L. 3500 cavalc. e 5 quadrienni dec.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50.10. Chied. annunzio.

POPPI (*Arezzo*). — Scad. 15 mar.; per Badia Prataglia; L. 7920 e 4 quadrienni dec., oltre lire 739 c.-v.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,15; doc. a 3 mesi dal 15 dic.

REGGIO CALABRIA. *Congregazione di Carità*. — Due posti: per titoli; primario medicina generale con incarico servizio analisi; stipendio annuo lordo lire 12.000 e L. 4000 per detto incarico; primario oculista: stipendio annuo lordo L. 8000. Due aumenti quinquennali. Compartecipazioni 70 %. Scadenza 19 gennaio 1932. Rivolgersi Congregazione Carità.

ROMA. *Ministero della Marina*. — Concorso per la nomina di 13 tenenti medici in servizio permanente nel corpo sanitario militare marittimo. (Vedi precedente N. 1).

ROMA. *Governatorato*. — Scad. ore 12 del 31 genn.; assistente medico specializzato in otorinolaringoiatria addetto all'Istituto per la cura dell'adenoidismo; età lim. 35 a.; doc. a 3 mesi dal 12 dic.; tassa L. 50; stip. L. 7600, oltre eventuali c.-v. e L. 780; riduz. 12 %. Domanda al Governatorato da presentare al Protocollo della Ripartizione I. Chiedere annunzio alla Segreteria generale. Chiarimenti dall'Ufficio Personale.

S. POLO (*Roma*). — Scad. 15 gen.; 2ª cond.; rivolgersi Segreteria.

S. VITO AL TAGLIAMENTO (*Udine*). — Scad. 15 mar.; L. 8000 e 6 quadrienni dec. per 1500 pov.; addizion. L. 1; p. serv. att. L. 500; c.-v. ridotto; p. trasp. L. 3000; deduz. 12 %; età lim. 40 a.

SAPPADA (*Belluno*). — Scad. 31 gen.; L. 8000 oltre c.-v., L. 1000 trasp. e facilitazioni per l'alloggio; 5 quadrienni dec.

SARONNO (*Varese*). — Ufficiale Sanitario. Per titoli ed esami. Stipendio iniziale L. 9000 al lordo di R. M. e del contributo Cassa Pensione Sanitari e con diritto a cinque aumenti quadriennali del decimo. Indennità di trasporto L. 500 al lordo R. M. Divieto servizio presso altri Enti morali o pubblici. Permesso esercizio professione libera. Domanda e documenti entro il 31 gennaio 1932 al Podestà di Saronno.

TRIORA (*Imperia*). — Per titoli. Stipendio annuo L. 9000 per 500 poveri con l'addizionale di L. 5 per ogni povero in più. Indennità quale Ufficiale Sanitario L. 500. Pel servizio ostetrico L. 500, fino a quando non sarà provveduto con levatrice. Indennità di cavalcatura L. 2500. Gli assegni di cui sopra sono soggetti alle riduzioni di cui alle vigenti leggi. Aumento del ventesimo ogni biennio e per 10 volte. Documenti di rito di cui al manifesto 20 novembre 1931. Scadenza 20 gennaio 1932; assunzione servizio entro 15 giorni dalla partecipazione sotto pena di decadenza. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria Comunale.

VARESE. *R. Prefettura*. — A tutto il 31 gen. uff. san. e capo dell'Ufficio d'Igiene del Comune; L. 9000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 500 trasp. e altri compensi. Età lim. 45 a. Chiedere annunzio. Tassa L. 50.

VENEZIA. *Ospedale al Mare* (delle OO. PP. Riunite Ospizio Marino Veneto ed Educatorio Rachitici « Regina Margherita », Lido di Venezia). — Scad. 15 feb.; un assistente medico ed un assistente chirurgo. Rivolgersi segretario.

VERGATO (*Bologna*). *Ospedale Civile*. — Scad. 26 gen.; chirurgo primario consulente effettivo; assistente dirigente gabinetto radiologico. Per informazioni rivolgersi Segreteria Congregaz. di Carità.

VIETRI DI POTENZA (*Potenza*). — Scad. 20 gen.; L. 7000 e 6 quadrienni dec., oltre L. 600 se uff. san.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

VILLANOVA D'ALBENGA (*Savona*). — Scad. 31 gen., ore 18; consor.; L. 9400 oltre L. 500 uff. san., lire 600 trasp., 10 bienni ventes.

BORSE DI STUDIO.

Fondazione Michele Conte.

Presso la R. Università di Roma è aperto il concorso ad un premio di studio dell'importo di lire 5000 annue a favore di uno studente preferibilmente di condizioni economiche non agiate, il quale, avendo superato il terzo anno di studi nella Facoltà di medicina e chirurgia di qualunque Università del Regno e conseguita la media di almeno 27/30 negli esami prescritti, sia stato iscritto al quarto anno del corso di medicina e chirurgia presso l'Università di Roma. Saranno preferiti i candidati provenienti da Frigento (Avellino); e, in mancanza di essi, a parità di condizioni, gli orfani di guerra o di caduti per la causa nazionale e i figli d'invalidi di guerra o per azioni fasciste. I concorrenti dovranno presentare i documenti e le domande entro il 15 febbraio alla Segreteria della Facoltà.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

La Facoltà medica di Strasburgo ha nominato dottore *honoris causa* il fisiologo inglese prof. Henry Head.

Il prof. Charles Richet è stato eletto vice-presidente dell'Accademia delle Scienze pel 1932; ne sarà dunque il presidente nell'anno successivo. Altri presidenti della Sezione di medicina sono stati: d'Arsonval, Marey, Bouchard, Guyon, Chauveau.

Tra i premi conferiti per il 1931 dall'Accademia di Medicina di Parigi segnaliamo i seguenti: premio Buisson di 12.000 fr. a J. Auclair (Parigi) per le sue ricerche sulla vaccinazione preventiva e curativa della cavia e del coniglio contro la tubercolosi umana; premio Laborie di 7000 fr. a J. Patel (Parigi) per i suoi studi sugli accidenti precoci dei traumatismi cranio-encefalici chiusi; premio Rebard di 5000 franchi a P. Funck-Brenlano (Parigi) per i suoi studi sulle pseudoartrosi del collo del femore. Sul premio Blondet, sono stati assegnati 6000 fr. a Chebanier (Parigi) ed a Lobo-Onell (Santiago) per la loro memoria sull'esplorazione funzionale del rene, 3000 fr. alla sig.na Y. Schaeffer per il suo lavoro sui fermenti e 3000 fr. al dott. Fleuret (Nancy) per il suo lavoro sui glicidi. Il premio Huchard di 8000 fr. è stato diviso tra R. Morin (Senegal) e Phan Van Lu (Cocincina). E così via. Abbiamo già dato notizia del premio Alberto I di Monaco, di 100.000 fr., assegnato al prof. Veillon (Parigi), deceduto poco dopo.

L'Accademia delle Scienze di Parigi ha conferito un premio Chaussier di 10.000 fr. a Victor Morax per i suoi lavori di patologia oculare e visiva.

La Società Medica Svedese ha assegnato la medaglia Berzelius al prof. C. Neuberg, direttore dell'Istituto di Biochimica Imperatore Guglielmo di Berlino.

Uno dei premi Lenin, che costituiscono la più alta ricompensa scientifica in Russia, è stato assegnato al dott. A. W. Palladine di Charcov, per i suoi lavori di biochimica. Ogni premio importa 2000 rubli d'oro.

Il Comitato dell'Associazione internazionale per le scuole all'aperto e per le colonie di vacanze ha nominato vice-presidente il prof. Luigi Veratti di Milano, il quale ha promosso la grande scuola all'aperto di questa città, già premiata con la massima onorificenza dal Congresso internazionale per le scuole all'aperto (adunatosi a Bruxelles dal 7 all'11 aprile 1931).

Il prof. I. Iacono è nominato aiuto nella Clinica delle malattie tropicali e subtropicali di Roma.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Palermo.

Le osservazioni di G. B. Morgagni sulla morte del Conte Ugolino.

Una conferenza su tale argomento dantesco è stata tenuta dal prof. L. Giuffrè in questa Biblioteca filosofica, divenuta, per opera di G. Amato Pojero, un vero centro di cultura dove funziona anche una sezione biologica.

L'episodio del Conte Ugolino, come quello di Francesca da Rimini, è stato sempre oggetto di numerosi comenti, sovratutto per il celebre verso: « Poscia più che il dolor, potè il digiuno », dove si è voluto finanche vedere che il padre abbia mangiato i figli!

Morgagni si è occupato della morte del Conte Ugolino nella sua opera immortale *De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis*, come anche se ne erano occupati Girolamo Cardano e Giuseppe Zambeccari. Egli mette molta cura nel dimostrarne l'esattezza dell'ordine cronologico immaginato da Dante per la morte dei cinque disgraziati e la sua opinione basta a dimostrare che il pensiero di Dante è stato frainteso dai commentatori e a fare apparire meschino il modo come è stato nei vari comenti trattato questo argomento.

Dante conobbe gli *Aforismi* d'Ippocrate, il canone di Avicenna, l'arte medicinale di Galeno ed ebbe tale conoscenza della medicina da farlo ritenere da alcuni che fosse medico, quindi le sue affermazioni sono in dipendenza di tali sue conoscenze.

L'*uscio dell'orribile torre* fu riaperto dopo nove giorni che fu inchiodato ed i cinque prigionieri furono trovati morti.

Secondo il Zambeccari ed il Morgagni, Dante fa morire per ultimo il vecchio in corrispondenza a quanto si dice nell'Aforisma XIII della Sez. I: « Senes facillime jeiunium ferunt, deinde qui aetatem consistentem habent, minus adolescentes, omnium minime pueri, presertim qui inter ipsos sunt vividiores ».

Morgagni se ne occupa nella lettera XXVII del libro III dove parla della morte per fame, affermando che « eccettuate alcune disposizioni di corpo e di cose sommamente rare, assai si accosta al vero ciò che fu detto da Ippocrate ».

Così dei rinchiusi nella torre il bambino di tre anni morì al quarto giorno, gli altri, alquanto maggiori, al quinto ed al sesto giorno e nell'ottavo il padre « perchè di età ferma o per lo meno di una vecchiaia verde e robusta ».

Morgagni fa notare l'importanza della privazione dell'acqua e spiega la rapidità della morte con lo stato di esaurimento in cui si trovavano i prigionieri reclusi per lungo tempo nella « *muda* » e con insufficiente alimentazione.

Ancora per la morte per fame Morgagni si riferisce ad un altro Aforisma di Ippocrate (XIV) che si fonda sul rapporto tra alimenti e calore organico, rapporto che si ammette anche oggi ma inversamente alla credenza di lui che opinava che il calore (*calor nativus*) innato nell'organismo, servisse per la *cozione* e la digestione degli alimenti. Crede ancora che la morte per fame fosse dovuta ad alterazione degli umori, causa anche dell'intorbidamento della vista del Conte Ugolino *che si diede già cieco a brancolar sopra ciascuno*. Tale spiegazione secondo il Giuffrè è ancora ammissibile date le condizioni nelle quali si trovava il Conte Ugolino che potevano bene alterarne la vista in maniera diversa di come risulta dagli esperimenti fatti dal Lodato su animali che nell'inanizione, pur presentando lesioni nella retina, conservano abbastanza bene il potere visivo.

Oggi dagli assertori delle rinnovate teorie umorali si può bene sostenere che nel digiuno si tratti dell'alterazione degli umori perchè vi sono state riscontrate gravi lesioni nelle ghiandole endocrine e relativi ormoni.

Dante in tutte le sue affermazioni dunque appare guidato non soltanto dalla sua fantasia di poeta, ma specialmente dalle sue conoscenze delle diverse parti dello scibile e così è in questo episodio. I comenti spesso non sono all'altezza del pensiero del Poeta, così che secondo il Giuffrè sarebbe utile dare opera, con la collaborazione di uno o due competenti per ciascuna materia, a compilare un commento del poema, completo e degno della nuova Italia. A. CUSUMANO.

NOTIZIE DIVERSE.

8ª Conferenza internazionale contro la tubercolosi.

Il Comitato esecutivo dell'Unione internazionale contro la tubercolosi, adunatosi a Parigi, come abbiamo annunziato, ha fissato gli ultimi accordi, d'intesa con l'Associazione neerlandese contro la tubercolosi, per la prossima Conferenza internazionale, che sarà l'ottava organizzata dall'Unione.

La conferenza avrà luogo a La Haja e ad Amsterdam dal 6 al 9 settembre 1932 e sarà presieduta dal prof. Nolen.

I temi seguenti saranno in discussione:

1) « Rapporti tra l'allergia e l'immunità ». Relatore principale: prof. Jules Bordet (Belgio). Correlatori: prof. Aldershoff (Olanda), prof. S. Lyle Cummins (Inghilterra), prof. J. De Daranyi (Ungheria), prof. Debré (Francia), dott. K. A. Jensen (Danimarca), prof. R. Kimla (Cecoslovacchia), prof. B. Lange (Germania), prof. D. Ottolenghi (Italia), dott. A. Wallgren (Svezia), dott. W. C. White (Stati Uniti).

2) « La crisoterapia ». Relatore principale: prof. Sayé (Spagna). Correlatori: dott. J. B. Amberson (Stati Uniti), dott. Ameuille (Francia), prof. F. Bocchetti (Italia), dott. L. S. T. Burrel (Inghilterra), prof. Knud Faber (Danimarca), dott. Jaquerod (Svizzera), prof. W. Neumann (Austria), prof. R. Rencki (Polonia), dott. G. Schröder (Germania), prof. J. Valtis (Grecia).

3) « L'assistenza post-sanatoriale ». Relatore principale: dott. Vos (Olanda). Correlatori: dott. J. Blanco (Spagna), dott. E. Bresky (Cecoslovacchia), dott. Brieger (Germania), dottori R. Courtois e E. Olbrechts in collaborazione (Belgio), dott. Guinard (Francia), dott. N. Heitmann (Norvegia), prof. E. Morelli (Italia), dott. H. A. Pattison (Stati Uniti), dott. D. A. Stewart (Canadà), dott. A. Williams (Stati Uniti).

Dopo la lettura delle relazioni, si aprirà una discussione libera, alla quale potranno iscriversi i membri dell'Unione internazionale, come pure i membri della Conferenza presentati ufficialmente dalle Associazioni nazionali affiliate all'Unione.

Come se n'è stabilita la consuetudine, un viaggio di studi organizzato dall'Associazione neerlandese di lotta antitubercolare riunirà i partecipanti alla riunione che si saranno iscritti in precedenza.

Per informazioni rivolgersi alla Federazione Nazionale Italiana Fascista per la lotta contro la tubercolosi, via Nazionale 172, Roma.

1° Congresso internazionale d'igiene mediterranea.

È indetto dal 20 al 25 settembre a Marsiglia ed organizzato dalla Facoltà medica. Presidente effettivo ne sarà il prof. E. Marchoux. Temi: « La spirochetosi spagnola », relatore Sadi de Buen; « La dengue », relatore Blanc; « La febbre ondulante », relatore Burnet; « La febbre esantematica mediterranea », relatore Olmer; « Procedimenti moderni di derattizzazione delle navi », relatore Lutrario. Si accettano comunicazioni; queste devono essere presentate dattiloscritte non oltre il 1° maggio; non potranno sorpassare 5 pagine di stampa e dovranno essere corredate di un riassunto non superiore a 15 righe. Indicare se sono accompagnate da proiezioni o da cinematografie. Le relazioni e comunicazioni verranno distribuite in anticipo a stampa a tutti i congressisti. Lingue ammesse sono: il francese, l'inglese, l'italiano e lo spagnolo. Sono in programma escursioni e ricevimenti. Quota: 100 franchi, da corrispondere al tesoriere Georges Baillière, rue Hautefeuille 19, Paris 6e. Informazioni dal segretario generale Dr. H. Violle, allées Léon Gambetta 40, Marseille.

9° Congresso internazionale di chirurgia.

La « Société Internationale de Chirurgie », terrà il suo IX Congresso a Madrid dal 15 al 18 marzo. Vi sarà annessa un'Esposizione di strumenti chirurgici, apparecchi ortopedici e d'esplorazione, preparati farmaceutici. Per l'organizzazione è stato designato il dott. F. Coca, Lagasca 38, Madrid, Spagna. Le informazioni possono ottenersi anche dal segretario generale della Società, Dr. L. Mayer, rue de la Loi 72, Bruxelles, Belgio.

1° Congresso internazionale sulla litiasi biliare.

Come abbiamo annunziato, si terrà a Vichy dal 19 al 22 settembre, sotto la presidenza del prof. Carnot, dell'Accademia di Medicina. Vi saranno quattro Sezioni: 1) medicina; 2) chirurgia; 3) terapeutica e idrologia); 4) elettro-radiologia e fisioterapia.

Il titolo delle comunicazioni dovrà essere presentato per scritto non oltre il 1° giugno alla segreteria generale. Il testo delle comunicazioni, dattilografato e corretto *ne varietur*, dovrà essere consegnato alla segreteria generale dopo la loro presentazione al Congresso. Il testo non dovrà avere più di cinque pagine di quaranta righe di settantotto lettere. Ogni congressista non avrà diritto che ad una sola comunicazione, della durata di dieci minuti al massimo.

Il diritto di iscrizione al Congresso, compreso l'invio del volume dei rapporti, è fissato nella quota di fr. cinquanta per i membri titolari. I congressisti accompagnati da persone della famiglia che desiderino di partecipare alle feste e ricevimenti organizzati in occasione del Congresso, dovranno indicare, all'atto dell'iscrizione, il numero di queste persone, che riceveranno il titolo di membri associati e per ciascuna delle quali verrà versata una quota di fr. venticinque.

I medici che desiderano prendere parte al congresso sono pregati di mandare la loro adesione e tutta la corrispondenza alla Segreteria generale del Congresso, boulevard des Capucines 24, Paris.

Congresso francese di pediatria.

Si terrà nel prossimo autunno sotto la presidenza del prof. Ombredanne e discuterà i temi: « La patologia dei diverticoli di Meckel » (relatori Fèvre e Semelaigne); « Le ripercussioni mediche delle variazioni meteoriche » (relat. Mouriquand); « I virus filtranti tubercolari nella patologia infantile (rel. Paisseau).

9° Congresso romeno di neuropsichiatria.

Si è adunato a Dicio San Martin; sono state tenute relazioni e comunicazioni dai professori Marinescu, Minca, Parhon, dai maestri di conferenze Tomescu, Petre, Draganescu e dai dottori Obodescu, Baliff, Preda, Padeanu, Grigorescu ecc. Il prossimo congresso si adunerà nel 1932 a Bucarest; il prof. Marinescu presenterà una relazione su « I riflessi condizionali ».

All'Università di Bari.

Con recente decreto è stato modificato in alcune parti lo statuto della R. Università di Bari. Essendo stati soppressi gl'insegnamenti di « storia della medicina » e di « patologia esotica », viene anche soppresso l'articolo dello statuto che stabiliva l'obbligatorietà della frequenza per un anno a questi due corsi.

Istituto cardiologico in Germania.

È stato inaugurato a Bad-Nauheim un Istituto per le malattie di cuore, dovuto alla munificenza della sig.ra Kerckhoff, di Los Angeles (California). È diretto dal prof. Groedel. Comprende cinque sezioni: 1ª patologia e terapia sperimentali (affidata al prof. E. Koch); 2ª Diagnosi clinica; 3ª Terapia clinica; 4ª Statistica e insegnamento sociale; 5ª Assicurazioni. All'Istituto è annesso un Museo.

Istituto di storia della medicina in Germania.

È stato fondato presso la Facoltà medica di Düsseldorf; alla direzione è stato nominato il professor Haberling.

Preparazione delle infermiere in Germania.

Il Ministro dell'interno della Repubblica Germanica ha redatto un elenco delle istituzioni ufficialmente riconosciute per la preparazione delle infermiere (d'ospedali, per lattanti, per fanciulli, per l'assistenza domiciliare). Sommano fra tutto a 171, dispongono di 19.500 letti e possono accogliere circa 3800 allieve per corsi annuali e biennali.

Proposta di un consultorio medico italiano a Cannes.

Il vice-console italiano di Cannes aveva avanzato domanda al Sindacato medico locale perchè alcuni medici fossero autorizzati ad istituire una consultazione al « foyer italien ».

La domanda è stata respinta, in quanto che gl'italiani — numerosi nella regione — sono trattati in tutto come i francesi ed ammessi, nelle stesse condizioni, all'assistenza medica gratuita domiciliare, ospedaliera, dispensariale (antitubercolare, antivenerea) e nei consultori d'igiene sociale (prenatale, per lattanti): non si è riconosciuta dunque l'opportunità di autorizzare un consultorio italiano, allo stesso modo come non era stato autorizzato un consultorio russo. D'altra parte, il sindacato stima che il principio dei consultori non sia raccomandabile: val meglio di lasciare i malati liberi di scegliere il loro medico. Si è anche fatto considerare che il Sindacato non ammette le consultazioni mediche a tariffa ridotta; la tariffa minima, che sola può essere accettata, non offre vantaggi per i malati dei consultorii. In conclusione il Sindacato ha suggerito al vice-console di destinare le somme previste per la rimunerazione dei medici, ad aiutare i malati in stato di bisogno. (Dal « Concours Méd., 29 nov., 1931).

Il cinquantenario dei Sindacati medici francesi.

Il 19 dicembre ebbe luogo a Parigi la celebrazione del cinquantesimo anniversario della creazione dei Sindacati medici francesi, con l'inaugurazione della Casa del Medico (Hôtel Chambon). La cerimonia venne presieduta dal presidente della Repubblica Paul Doumer; v'intervennero anche il ministro della sanità pubblica, Blaisot, il ministro del lavoro, Landry, e moltissime altre personalità, tra cui il presidente dell'Accademia di Medicina de Lapersonne, il generale medico ispettore Boyer, il direttore dell'igiene pubblica Serge Gas, ecc. Parlarono il decano della Facoltà medica Balthazard, il prof. Jayle, alla cui volontà animatrice e realizzatrice si deve la fondazione della Casa del medico (da lui definita « il ministero privato della medicina ») e il dott. Dibos, presidente della Confederazione dei sindacati medici, il quale ricordò come 50 anni or sono il primo sindacato raggruppasse appena 38 medici, mentre ora i sindacati accolgono la generalità dei medici ed hanno acquistato grandi benemerenze verso la professione e verso il pubblico. La sera ebbe luogo un banchetto, al quale intervenne il ministro della sanità pubblica. (La sede della Confederazione è: Hôtel Chambon, rue du Cherche-Midi 95, Paris Ve).

Associazione della stampa medica belga.

Ha tenuto l'assemblea generale statutaria il 6 dicembre. Ha proceduto all'elezione del suo Ufficio pel 1932; alla presidenza è stato chiamato il dott. Rodolphe Ley. Ha accolto nuovi membri titolari. Ha nominato vari membri corrispondenti stranieri.

Unione dei periodici medici messicani.

È stata costituita recentemente nella città di Messico. La presidenza ne è stata affidata al dott. Gustavo Argil; la segreteria generale al dott. Anastasio Vergara E. Gli uffici hanno sede presso la Biblioteca dell'Accademia Nazionale di Medicina (avenida Republica de Venezuela n. 94, México, D. F.).

Scuola medica ospitaliera di Roma.

È uscito il programma del Corso Speciale per medici condotti, il quale avrà inizio il 1° febbraio. Tutti coloro che sono interessati a conoscerlo, possono richiederlo alla Segreteria della Scuola, Policlinico Umberto I, Roma (27).

Corso di perfezionamento in ostetricia.

Si terrà a Parigi, nella Clinica Baudeloque (boulevard de Port-Royal 121), dal 1° febbraio al 19 marzo, sotto la direzione del prof. Couvelaire. Tassa d'iscrizione 500 franchi, da versare alla segreteria della Facoltà di medicina.

"Pro monumento in honorem Caroli Forlanini Romae erigendo".

Si è costituito in Argentina un grande comitato, dal titolo suddetto, per la raccolta di fondi destinati al monumento in memoria del Forlanini.

Alla presidenza onoraria sono stati chiamati il rettore dell'Università di Buenos Aires, prof. Mariano R. Castex, il decano della Facoltà medica di Buenos Aires, prof. Carlos Bonorino Udaondo, e il presidente dell'Istituto Argentino di Cultura Italica, prof. Armando Marotta; alla presidenza effettiva il prof. Gregorio Aráoz Alfaro, presidente del Dipartimento Nazionale d'Igiene (che corrisponde alla nostra Direzione Generale della Sanità Pubblica). Le adesioni ed i contributi si ricevono dal presidente (Larrea 2405), dal segretario Dr. Juan Carlos Tassart (calle Santa Fe 1650) e dal tesoriere Dr. José De Luca (Areniales 1556), in Buenos Aires.

Il prof. Pavlow.

Il Governo sovietico ha assegnato al prof. Pavlow la somma di 184.000 rubli, per la costruzione di un Istituto di Biologia a Koltuschi, Leningrado.

Il fatto è tanto più significativo, in quanto il Pavlow non dissimula il suo dissenso dal regime sovietico. Si è voluto dar prova di saper mettere la scienza al disopra di ogni considerazione politica.

Beneficenza.

Una ditta industriale di Biella ha fatto pervenire al presidente dell'Ospedale degli Infermi di questa città, sig. Camillo Ramella, la somma di 50 mila lire in contanti. La ditta donatrice ha voluto che fosse mantenuto l'incognito. La somma è destinata al funzionamento perpetuo di due letti ospitalieri per malati poveri.

Crociera medica pasquale.

Si svolgerà a cura del comitato delle « Croisières Médicales Françaises », dal 20 marzo al 4 aprile, a bordo della nave « Mexique »; porto di partenza e di ritorno Saint-Nazare; si toccheranno Vigo, Cadice, Madera, le Canarie, Teneriffa, i porti del Marocco, Lisbona; si faranno alcune escursioni (a San Giacomo di Campostella, a Siviglia ecc.). Rivolgersi alla sede del Comitato, rue Soufflot 9, Paris.

Per la limitazione delle nascite in Germania.

È stato fondato a Berlino un Ufficio centrale per la limitazione delle nascite, a cura della sig.ra Catherine von Kurdoff.

È stata condotta un'inchiesta tra professori di ostetricia e ginecologia, professori di ostetricia per levatrici, primari ostetrico-ginecologi, medici pratici, economisti. I primi si sono astenuti in gran numero. Nell'insieme, si è avuta una preponderanza assoluta per la limitazione: in Germania si temono i danni dell'iperdemia.

Per i prodotti farmaceutici nazionali.

Si è riunita presso il Consiglio nazionale delle Ricerche una Commissione, presieduta dal prof. Parravano, incaricata di suggerire i mezzi praticamente più adatti per diffondere nel pubblico la fiducia nell'uso dei prodotti farmaceutici italiani che nella loro grande maggioranza non sono certamente inferiori ai prodotti similari esteri.

Sono intervenuti all'adunanza: il direttore generale della Sanità, dott. Basile; il direttore generale dell'Istruzione superiore, prof. Frascherelli; il principe sen. Ginori Conti, presidente della Federazione degli industriali chimici; il segretario generale del Comitato nazionale medico, dott. Messea; il presidente del Sindacato dei medici italiani, on. Morelli, ed altri.

La Commissione ha riconosciuto l'utilità pratica dell'iniziativa, ritenendo che l'unico modo per vincere il preconcetto largamente diffuso nel pubblico e purtroppo anche nel campo medico, che i medicinali esteri siano più efficaci dei nazionali, sia quello di dare agli industriali che lo desiderano la possibilità di sottoporre al controllo di un Ente tecnico di indiscussa autorità i loro prodotti, con facilità anche di confrontarli con i similari stranieri, rendendo poi di pubblica ragione i risultati. La Commissione ha espresso il voto che il Consiglio nazionale delle Ricerche assuma la funzione di organo di controllo per i principali prodotti chimici, a richiesta degli industriali italiani che lo desiderassero.

Un prodotto farmaceutico letale.

Nella Cecoslovacchia era stato introdotto un nuovo preparato, di produzione locale, composto di luminal e morfina, sotto il nome di « modiskop ». Esso è stato causa di varie morti, accertate da un'inchiesta ufficiale. Per es. nell'Ospedale di Neutra un medico iniettò il nuovo rimedio a tre ammalati, che il domani furono trovati morti nei loro letti.

Gli Archivi della Facoltà di Medicina di Nova Goa.

Nella colonia portoghese di Goa (Indie portoghesi) vi è una fiorente Facoltà di medicina diretta dal colonnello medico F. de Mello. Essa intraprende ora la pubblicazione di un Archivio che sarà diviso in due parti, l'una dedicata a studi scientifici, l'altra con informazioni sulla Facoltà stessa, sulle lezioni degli insegnanti e sullo stato nosologico-epidemiologico della provincia.

Nella parte scientifica, troviamo interessanti studi sulla malaria (epidemiologia, cura, risanamento di regioni), sulle malformazioni congenite negli indo-portoghesi, sulla cistite amebica, sulla vaccinazione antitifica, sul tasso glicemico nei soggetti normali, ecc.

MEDICINA ANEDDOTICA

Un aneddoto su C. Roux.

Sul prof. Cesare Roux — il celebre chirurgo della Facoltà medica di Losanna, noto sovratutto per i suoi contributi alla conoscenza dell'appendicite — « Le Progrès Médical » del 26 sett. 1931 riferisce il seguente aneddoto.

Una povera contadina, dal dorso curvo e dal capo oscillante, penava a spingere lungo una salita un carretto carico. Il prof. Roux, di fronte a questo penoso spettacolo, senza esitazioni si avvicinò e cominciò a spingere, con grande sorpresa della vecchietta, che non sperava un aiuto così provvidenziale. E quando la salita fu superata, in segno di gratitudine ella volle offrire un po' di frutta al Roux. Questi non accettò l'offerta e si affrettò a sottrarsi alle effusioni della donna da lui aiutata ed alla curiosità dei presenti. Commentò poi argutamente il suo gesto con le parole: « Tra vecchi è doveroso darci un po' di aiuto scambievole! ».

Una vendetta di Lister.

Il famoso scopritore dell'antisepsi non perdonava agli importuni. Una notte un alto personaggio mandò a chiamarlo. Lister accorse, ed assicuratosi che non si trattasse di cosa grave, dichiarò: — « Conviene mandar a chiamare il notaio ». — « Dunque crede che... » rispose il paziente, più morto che vivo. — « Non v'è tempo da perdere », aggiunse Lister. E mentre servitori, camerieri e scudieri si precipitavano, a piedi e a cavallo, in tutte le direzioni, Lister prese il cappello e salutò sorridendo. — « Come, mi abbandona in simile frangente? » disse il malato. — « Non v'è nulla di grave » replicò Lister. — « Perchè allora chiamare il notaio con tanta urgenza? ». — « Per non essere il solo imbecille a esser stato fatto levare inutilmente da letto », concluse Lister.

(Da « Brasil-Medico », 14 nov. 1931).

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Ann. Ital. di Chir., 30 sett. — G. PASCALE. Autoplastica dello stomaco. — G. B. GENGIAROTTI e E. NALIN. Uronefrosi e contagio tbc.

Presse Méd., 10 ott. — G. GIBIER-RAMBAUD. Compito dell'infezione focale in certe psicosi.

Zbl. f. inn. Med., 10 ott. — E. REYE. Morbo di Simmonds e forme affini.

Zbl. f. Chir., 10 ott. — F. RUPP. Il cosidetto ascesso osseo di Brodie.

Dermosifilografo, sett. — F. FRANCHI. Reazione allergica alla sierosità di ulcera venerea.

Münch. Med. Woch, 9 ott. — MORAWITZ. Trattamento della diarrea cronica.

Nederl. Tijdsch. v. Geneesk., 10 ott. — R. KORTEWEG. Estirpazione chimica dell'utero. — K. S. NANNINGE. Portatori di bacilli difterici.

Deut. Med. Woch., 9 ott. — FRAENKEL. L'inizio delle malattie croniche. — GOTTSTEIN. L'esame dei sani.

Pathologica, 15 ott. — C. GHIZZETTI. Porencefalia. — G. M. CANNATA. Emangiotelioma retroduodenale a sintomatologia di colelitiasi. — E. CECCHIERI. Grossa cisti sottomucosa dell'esofago.

Spitalul, ott. — I. STORD e I. GRIGORESEN. False appendiciti nella tbc. polm.

Paris Méd., 10 ott. — R. GOIFFON e H. PRÉTET. Diagnosi di colibacillosi. — G. HUC e VAN DER HOST. Contratture dolorose del trapezio.

Amer. Journ. Med. Sc., ott. — W. C. ALVAREZ. Problemi di gastro-enterologia. — W. T. VAUGHAN. Allergia alimentare. — E. J. KEPLER e W. M. BOOTHBY. Creatinuria nell'ipertiroidismo.

Journ. Nerv. a. Ment. Dis., ott. — H. J. CRONIN. Reazioni psichiche da disinsulinismo in diabetico. — N. R. HESS. Rapporti tra funzioni psichiche e vegetative.

Arch. di Ost. e Gin., ott. — MONTILLI. Ereditarietà dei gruppi sanguigni.

Paris Méd., 17 ott. — Reni e urologia.

Presse Méd., 14 ott. — H. VELU. L'innesto testicolare.

Deut. Med. Woch., 16 ott. — SIEBECK. L'inizio delle malattie renali.

Med. Welt, 17 ott. — BECKMANN. Fegato e ricambio minerale. — HAASE. Il solfato di magnesio in neurologia.

Münch. Med. Woch., 16 ott. — BENECXE. Angiospasmo e necrosi pancreatica. — KLARE. Costituzione e tubercolosi.

Acta Med. Scand., IV-VI. — E. RUTI. Flora batterica dello stomaco e anemia pernic. — N. KABANOW. Ipertensione e ipotensione. — A. E. KOULKOW e al. Modificazioni biochimiche nell'arteriosclerosi cerebr. — P. VOHT-MÖLLES. Patogenesi del gozzo esoftal.

Id., Suppl. XXXIX. — D. RÖMEKE. Lo zucchero nel sangue di anginosi.

Brit. Med. Journ., 17 ott. — Y. HENDERSON. Risuscitazione dall'asfissia e prevenzione della polmonite secondaria. — S. ROW. Premedicazione.

Surg., Gyn. a. Obst., ott. — J. A. WOLFER. Compito del succo pancreatico nella genesi delle malattie della cistifellea. — A. E. MCEVERS. Diverticoli faringo-esofagei. — G. B. NEW e F. R. HARPER. Infiammaz. cronica delle gland. salivari.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XXXIX Roma, 18 Gennaio 1932 - X Num. 3

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

RIVISTE SINTETICHE

Clinica Neuro-Psichiatrica della R. Università di Roma
diretta dal prof. SANTE DE SANCTIS.

Sulle sindromi miodistrofiche.

Moderne concezioni patogenetiche sulle miodistrofie.

Rivista critica

del dott. VIRGINIO PORTA.

In neurologia, come nelle altre specialità della Medicina, a un primo periodo di elaborazione di rami particolari della Patologia e di creazione di nuovi e più fini accorgimenti diagnostici, sta ora seguendo una nuova era, di avvicinamento alla Clinica generale, e di coordinazione dei metodi di questa, perfezionatisi sotto l'influenza delle concezioni umorali, costituzionalistiche e funzionali oggi dominanti, con le semiologie speciali. Così oggi più che mai le discipline speciali non possono prescindere, nella via del loro progresso, da una concezione unitaria dell'organismo, ciascuna parte del quale solo per motivi tecnici, e quindi affatto contingenti, può venir astratto dal tutto morfologico e funzionale al quale appartiene. La questione che intendiamo trattare in questa Rivista Sintetica è un esempio tipico di tale mutamento di orientamento e di punti di vista, avvenuto sotto l'impulso del progresso della fisiologia normale e patologica da una parte, e l'accumulo di molte e accurate osservazioni cliniche dall'altra.

Infatti, benchè già i primissimi osservatori della Distrofia Muscolare Progressiva (D. M. P.) ne avessero intuito una patogenesi assai vicina a quella che oggi si va imponendo col progresso delle conoscenze, gli studiosi che in seguito se ne occuparono, tutti presi dalla descrizione di nuove forme cliniche, in base a differenze assai spesso troppo minute e niente affatto sostanziali, e dalla necessità di distinguere la nuova entità morbosa da altre con essa confondibili, finirono col trascurare una

parte della sintomatologia, non puramente neurologica, anzi non puramente neuro-muscolare: lo studio minuto dell'organismo faceva perdere di vista l'organismo ammalato. Di una tendenza così unilaterale della Clinica non potevano non risentire il contraccolpo le teorie patogenetiche; e solo recentemente, grazie ai progressi della nosografia e della fisiopatologia, si è giunti a una concezione unitaria della malattia, che tenga nel dovuto conto tutti i sintomi e le peculiarità cliniche di essa. È appunto mia intenzione di prendere successivamente in considerazione la etiologia e i sintomi secondari, ivi compresi i disturbi endocrini e le alterazioni del ricambio materiale, della D. M. P., per arrivare a un concetto adeguato ai tempi della malattia che ci interessa.

La D. M. P., in base all'idea che ce ne danno generalmente i Trattati più autorevoli e diffusi, viene di solito considerata come una malattia il più spesso ereditaria, e in ogni modo quasi senza eccezioni tipicamente endogena, in dipendenza da una predisposizione o minorazione evolutiva e trofica dell'apparato muscolare. E in realtà, benchè si sia recentemente insistito da taluni AA. sulla relativa rarità delle forme eredo-familiari (in più della metà dei casi la malattia insorge sporadicamente: in una recente statistica di 181 miodistrofici studiati da Prisman nella Clinica Neuropatologica di Mosca, solo in 12 si trattava di forme ereditarie, e in 35 di familiari), nessuno potrà negare che nella grande maggioranza dei casi il morbo si manifesti senza nessuna causa apparente, in via affatto primitiva, come del resto tante altre affezioni del sistema nervoso. Non bisogna però trascurare, specialmente ai fini teorici che qui ci interessano, i casi ormai numerosi in cui l'insorgere della malattia venne legittimamente attribuito a cause esterne. Cominciando dai traumi, uno studio un po' accurato della letteratura mi ha permesso di scovarne 7 casi (Kesteven, Joffroy, Lion e Gasne, Mingazzini, Tassigny, Caussade e Abel, Alajouanine, Gopcevitc e Meillaud): si tratta quasi sempre di traumi commozionali (cadute, investimenti) senza *lesioni grossolane* nè *conseguenze immediate* e a distanza di pochi mesi compare la miodistrofia, talora del tipo atrofico, talora pseudoipertrofica. Nei casi di Kesteven e di Joffroy insieme alla miopatia si svilupparono anche disturbi mentali; quelli di Mingazzini e di Alajouanine sono pure degni di nota, oltre che per l'etiologia, il primo per lo sviluppo, esclusivamente unilaterale, della forma, a tipo facio-scapolo-omerale; il secondo per il fatto che subito dopo il trauma si stabilì per qualche giorno una intensissima sintomatologia dolorosa, interpretabile come di origine talamica, a carico delle braccia, dove dopo 2 mesi cominciò a manifestarsi la miopatia.

La genesi tossica della D. M. P. è stata sostenuta in singoli casi da Touche (Hg), da Tramonti (alcool).

L'importanza delle infezioni venne per primo sostenuta da S. Freud, il quale ammise che la D. M. P. possa apparire quale complicazione della paralisi cerebrale infantile, per diffusione del processo patologico a determinate regioni dell'encefalo. In seguito S. De Sanctis pubblicò casi svariati in cui la miopatia, accompagnata anche da sintomi cerebrali come epilessia o disturbi psichici, comparve dopo infezioni gastroenteriche, talora dopo un tifo. Dopo di lui, anche Babinski e Guillain ammisero l'importanza causale dell'infezione eberthiana, sia nelle forme atrofiche (oss. di Friedlander, Lesage, Cerné, Babinski) che nelle ipertrofiche (Friedlander, Guillain, Babonneix). Il tetano fu invocato in un caso da Uriola, il vaiolo in uno di Vizioli, il tifo petecchiale in uno di Strasser, in cui comparvero insieme alla malattia anche sintomi extrapiramidali a tipo ipercinetico. Relativamente frequente è poi la comparsa della D. M. P. su terreno eredoluetico: cito fra i molti i casi di Babonneix e David, Heuyer e Semelaigne, Lereboullet e Heuyer, Millian e Lelong, Roger Rottenstein e Aymés, Draganesco e Jordanesco, nell'ultimo dei quali coesistevano anche disturbi psichici.

Ma se i casi sopra citati valgono ad attribuire una causa nota a un'affezione che di regola non ne lascia intravedere alcuna, ancor più importanti dal punto di vista patogenetico sono i seguenti, ad essi affini, in cui la miopatia comparve come postumo più o meno remoto di un'encefalite epidemica: il primo risale al 1921 (Guttmann e Kudelski), e altri 7 casi vennero in seguito descritti da John Wimmer e Westphal (coesistenza di ingrassamento abnorme dei genitali e pubertà precoce), da Baumler (coesistenza di diabete insipido), da Snajdermann, da Tinel Schiff e Courtois (nel cui caso la miopatia comparve insieme coi tipici sintomi discinetici e vegetativi dei postumi dell'e.e.), da Klien (coesistenza di sintomi di ipertiroidismo), da Schilder e Weissmann, nei cui 2 casi comparvero anche disturbi psichici a tipo postencefalitico. Ritorneremo in seguito sul valore teorico della comparsa di sindromi tipicamente miopatiche (anche qui a tipo atrofico o pseudoipertrofico secondo i casi) in seguito a lesioni localizzate dell'encefalo, per passare a considerare la frequenza e il valore clinico e patogenetico di alcuni sintomi che si sogliono valutare come affatto secondari, rari e accessori, mentre alcune considerazioni dovrebbero farcele apparire di grande importanza teorica e pratica.

Stanno in prima linea i fenomeni cerebrali. Poichè da poco mi sono occupato diffusamente dell'argomento, mi limiterò qui a insistere su due punti: la frequenza di essi, e la loro

varietà. Considerando i dati dei vari AA. che si sono occupati dell'argomento con intendimenti statistici, ho potuto constatare che su un totale di 359 miopatici di Moebius, Vizioli, Sacara-Talbure, Prisman, ben 73 presentavano deficit intellettuale o epilessia, con una percentuale del 20 %: dato che coincide coi risultati dello spoglio del materiale clinico osservato nella Clinica Neuropsichiatrica di Roma, dove dal 1905 al 1930 vennero ricoverati 25 miodistrofici, di cui precisamente 5 affetti anche da deficit intellettuale più o meno spiccato. La percentuale è forse inferiore alla realtà, quando si pensi che in molti miopatici i sintomi cerebrali o non vengono riconosciuti o non vengono registrati, perchè considerati accessori e occasionali, tanto che in alcuni Trattati anche recentissimi non vengono neppure menzionati. È poi interessante il fatto rilevato da Prismann che di 15 miopatici apparentemente normali, 7 a un esame psicologico minuto e obbiettivo, secondo il metodo di Rossolimo, apparivano nettamente inferiori alla norma.

In secondo luogo, non tutte le complicazioni cerebrali della D. M. P. si limitano a quelle sopra considerate. Infatti, in base ai dati forniti dalle osservazioni cliniche di ormai quasi un secolo (la prima, di Semmola Conte e Gioia, risale al 1834), io potei classificare come segue le complicazioni della D. M. P.:

1) casi associati a frenastenia (Conte e Gioia, Kesteven, Vizioli, Mondio, De Sanctis, Sforza, Tramonti, A. Westphal, Prismann, ecc.): da notare che anche uno sviluppo precoce dell'intelligenza venne da Moebius, Duchenne, Vizioli considerato come sintomo a carico dell'encefalo, mentre oggi mi pare si possa con maggior fondatezza attribuire il fatto, pur degno di considerazione, a squilibrio endocrino a carico delle ghiandole che controllano lo sviluppo psichico somatico e sessuale.

2) casi associati a una vera psicopatia, più o meno tipica (C. Westphal, Joffroy, Stransky, Tretiakoff, Pestonik ecc.);

3) casi associati a epilessia (Erb, Kesteven, De Sanctis ecc.);

4) casi associati a sintomi extrapiramidali, ora ipertonici, ora ipercinetici (A. Westphal, Rouquier, Tinel, Petenij, Strasser ecc.);

5) casi associati a sintomi riferibili al complesso diencefalo-ipofisario: sindrome adiposo-genitale, diabete insipido, glicosuria (C. Westphal, Siciliano, Lhermitte, Funsten, Baumler, Prisman ecc.);

6) casi associati a sintomi riferibili alle ghiandole endocrine intracraniche: acromegalia genuina o parziale, infantilismo, macrogenitosomia, pubertà precoce, precocità psichica (Moebius, Vizioli, Timme, Janney, John Wimmer e A. Westphal, Prisman ecc.);

7) casi complessi, nei quali coesistono con la miopatia due o più delle sindromi sopra considerate (C. Westphal, Kesteven ecc.).

La frequenza, da un lato, e dall'altro la diffusione delle lesioni cerebrali, grossolane o meno, che possono accompagnare la D. M. P., non possono, a parer mio, mancare di un serio significato sulla natura del processo morboso che andiamo considerando. In altre parole, nella D. M. P. i sintomi cerebrali non dovrebbero venir stimati come semplici complicazioni accidentali, come pure sogliono fare la maggior parte dei Nevrologi, anche i più famosi e autorevoli (v. Stumpell, Curschmann, Oppenheim, Jendrassik, Marinesco ecc.), bensì come segni di lesioni di vicinanza, accessori ma della stessa natura del processo fondamentale miodistrofico, il quale verrebbe anzi da essi illuminato nella sua essenza e nella sua sede. Ma di ciò più oltre. Prima di abbandonare questo paragrafo mi preme però mettere in evidenza il fatto che tutti gli svariati sintomi accessori dei quali ho discorso finora, come pure quelli di cui tratterò tra poco, sogliono manifestarsi indifferentemente nelle molte varietà che della D. M. P. sono state descritte, sia nelle forme puramente atrofiche che in quelle pseudoipertrofiche.

Che in fondo la sintomatologia muscolare della D. M. P. non sia che una parte, magari la più imponente specialmente dal punto di vista funzionale, di un quadro clinico assai più complesso, ed estremamente polimorfo, è dimostrato anche dalla frequenza di sintomi endocrini, neurovegetativi e di distrofie ossee e cutanee, tutte già osservate e talora tenute in gran conto dai primi osservatori, ma poi trascurati, almeno in quanto a significato, dai successivi, tutti presi dal lato puramente neurologico della malattia.

Già Conte e Gioia avevano descritto anomalie della configurazione del cranio, che Moebius in alcuni dei suoi casi attribuì ad idrocefalo; nel 1891 P. Marie e Onanoff descrissero in un miopatico una particolare deformazione cranica, con appiattimento della regione occipitale e conseguente spiccata brachicefalia. Nell'ammalato di Sforza esistevano trococefalia, clinocefalia, plagiocefalia e plagioprosopia, anomalie auricolari e dentarie, deformazioni toraciche e vertebrali. Di queste ultime, descritte anche da Guignon e Souques, Sacara-Talbure, Hallion, Mondio e altri, la più nota è il « thorax en taille de guêpe » descritta da P. Marie; pure frequenti sono l'appiattimento del torace, l'infossamento dello sterno, il torace a imbuto o asimmetrico, simile a quello cifoscoliotico. Atrofie ossee vennero notate fra gli altri da Friedreich, Schultze, Lloyd, Clarke, Spiller, Landouzy e Lortat-Jacob. Tipica pure una cospicua atrofia della rotula, che nel caso di Conte e Gioia era ri-

dotta al volume di una moneta di due soldi, e sulla cui frequenza insiste anche Jendrassik nel Trattato di Lewandowski. Nel caso di Fr. Schultze l'atrofia ossea colpiva una miopatica ed anche una sua sorella, indenne da sintomi muscolari; in quello di Le Gendre (cit. da A. Westphal), oltre le distrofie ossee coesisteva con la miopatia anche iperplasia dei genitali; in quello di Marquardt, ricordato da Jendrassik, si trattava di un miodistrofico di 13 anni, nel quale le alterazioni ossee erano di tale natura e intensità da far porre in primo tempo la diagnosi di osteomalacia; Walter, in un miopatico di 19 anni riscontrò un tumore nell'ulna, con pseudoartrosi del gomito, che simulava un sarcoma, e invece alla biopsia risultò formato da semplice connettivo; una frattura spontanea in un miopatico venne osservata da P. Marie e Crouzon. Lo studio radiologico di questi ammalati svela molte volte alterazioni che sfuggono all'esame esterno: così recentemente Chosrosko afferma di aver costantemente trovato, in 7 miopatici esaminati, alterazioni radiologiche (osteoporosi) delle ossa, e già da tempo Merle e Raulot-Lapointe avevano precisato le modalità di esse, distinguendo modificazioni quantitative (impicciolimento, assottigliamento), strutturali (rarefazioni) e morfologiche: assottigliamento delle diafisi (ossa a clessidra) o delle epifisi (ossa fusate), disparizione delle tuberosità epifisarie, attenuazione dei rilievi e delle curvature, o comparsa di curvature patologiche iuxta-epifisarie; così che secondo essi la malattia merita di esser concepita più come una osteo-miodistrofia che come una semplice miopatia. A questo concetto aderiscono quasi tutti gli AA. sopra ricordati: secondo P. Marie si tratterebbe di una osteomalacia associata « d'une façon immédiate » alla miopatia; Jendrassik fa notare che le deformazioni ossee non vanno ascritte alla deficiente azione dei muscoli paretici, opinione sostenuta da Landouzy e Lortat-Jacob, perchè la loro intensità e distribuzione non corrisponde affatto al grado dell'alterazione muscolare; egli crede invece che tutte le distrofie dipendano dal carattere degenerativo-famigliare dell'affezione, come è dimostrato tipicamente dal caso di Fr. Schultze.

Di osservazione comune è l'esistenza nei miopatici, di anomalie trofiche e circolatorie, della cute che ricopre i muscoli lesi, la quale appare di colorito tendente al cianotico, con marezzature più scure, e più fredda della cute di altre zone del corpo; recentemente Belmondo ha osservato un diverso comportamento dell'adipe sottocutaneo in un miopatico con pseudoipertrofia, nel quale il grasso era totalmente mancante nel cellulare sottocutaneo e straordinariamente abbondante intorno alle fibre muscolari, così da dare l'idea di una vera metastasi del tessuto adiposo, e in uno con pura atrofia (del tipo distale di Gowers-Spiller), nel quale il grasso mancava affatto alla biopsia dei muscoli atrofici, mentre era normalmente conservato nel tessuto sottocutaneo. Disturbi angionevrotici si possono osservare nei miopatici anche al di fuori delle regioni dei muscoli colpiti: si tratta di acroasfissia delle estremità e di fenomeni angiospastici parossistici, descritti da Roger, che ricordano la sintomatologia iniziale del morbo di Raynaud, senza però arrivare all'ulcerazione e alla necrosi. Pure non eccezionale è il reperto, in miopatici, di sclerodermia: Oppenheim ne ricorda un caso suo e uno di Bernhardt, e Roger insieme al suo richiama quelli di Thibierge Collier e Wilson, Nixon. Ballet e Delherm descrissero in un miopatico l'associazione di sclerodermia e di disturbi mentali. Anche il mixedema venne trovato con una certa frequenza in miopatici: ricordo i due casi di Fucci e quelli di Schlesinger, Rosenfels, Roger: in uno di Curschmann e uno di Maiweg esisteva tireoplasia congenita, con tutto il corteo dei sintomi a carico della cute e annessi, dell'accrescimento osseo e corporeo e dello sviluppo psichico: da notare che in questi casi l'uso della tiroidina, se può migliorare lo stato di ipotiroidismo, non modifica minimamente la sintomatologia muscolare. (Maiweg, Roger). Degne di nota sono le osservazioni di Pfaundler, che nei bambini ipotiroidei notò frequentemente pseudoipertrofia dei polpacci e lordosi lombare, e di Biedl, il quale nelle atireosi postoperatorie constatò di frequente forte astenia in muscoli di volume normale o anche esagerato, senza peraltro le altre caratteristiche della D. M. P. Il volere da questi fatti inferire un certo stato di ipotiroidismo nell'affezione in questione è però assai arrischiato, essendo essi interpretabili in altro modo, sul quale torneremo in seguito; tanto più che nella D. M. P. sono stati descritti anche sintomi d'iperfunzione tiroidea (Liebers), e poi una folla di altri disturbi endocrini.

Abbiamo già considerato di sfuggita quelli a carico delle ghiandole paracerebrali: acromegalia frusta o genuina, adiposi, atrofia genitale, o per contro macrogenitosomia e pubertà precoce o precocità dello sviluppo fisio-psichico. Inoltre in un'osservazione di Clarke e Atwood esisteva un encondroma dell'ipofisi, in quelle di Timme e di Siciliano fu rilevata radiologicamente calcificazione dell'epifisi. Anche altre ghiandole endocrine possono trovarsi in stato di disfunzione nei miopatici: Goodhart e Globus trovarono alterazioni timiche; in due giovani miopatiche studiate da Marina e da Jendrassik al comparire delle mestruazioni tenne dietro la scomparsa dei sintomi miopatici, in un caso con ricomparsa dei riflessi rotulei, prima aboliti. In un caso di Funsten, che in vita presentava, oltre alla miopatia, una sindrome adiposo-genitale, vennero al-

l'autopsia riscontrati ingrossamento della tiroide e del timo, necrosi delle surrenali e una cisti ipofisaria. I sostenitori della teoria endocrina della D. M. P. pensano appunto a una sindrome pluringlandulare; anche Janney, Goodhart e Isaakson dallo studio metabolico di diversi casi deducono che si tratta di disfunzione di parecchie ghiandole, e specialmente dell'ipofisi, tiroide e surrenale.

Istruttivo, a questo proposito, è l'avvicinamento della D. M. P. alla miotonia atrofica, forma morbosa che oggi va considerata come a sè stante, ma la cui parentela nosografica con la prima non può non apparire evidente. In essa le alterazioni a carico degli organi incretogeni sono costanti, e costituiscono una parte cospicua della sintomatologia: si tratta di calvizie precoce con struma tiroideo o, più raramente, altri segni di disfunzione tiroidea; di frequentissima atrofia testicolare, con impotenza, frigidità e, nella donna, amenorrea; della comparsa pure frequente di una cataratta raggiata a inizio dalla corticale posteriore, caratteri che, insieme all'ipocalcemia che si trova di regola in questi casi (Jung), la fanno attribuire a insufficienza paratiroidea. L'importanza di questa sintomatologia endocrina della miotonia atrofica, veramente caratteristica per complessità, uniformità e costanza, è molto variamente valutata dai varii AA.: da notare intanto che, come osserva Curschmann in un notevole lavoro riassuntivo sulla questione, dei pochi casi capitati all'autopsia, anche quelli con intensi sintomi endocrini non mostrarono mai alterazioni anatomiche delle ghiandole endocrine, tranne in qualche caso atrofia sclerotica dei testicoli e struma tiroideo. Secondo alcuni AA. (Roher-Nickau), le lesioni endocrine sono primitive, e da esse dipendono le modificazioni strutturali e funzionali dei muscoli; secondo altri (Naegeli), si tratta di sindromi pluriglandulari, in cui i sintomi muscolari sono affatto accessori. Curschmann critica ambedue tali modi di vedere, sia per i reperti anatomici negativi, sia perchè se la disfunzione pluringlandulare avesse valore causale, essa non dovrebbe mancare mai, mentre i sintomi muscolari della miotonia atrofica possono comparire anche isolati, e d'altra parte mancano nelle tipiche sindromi pluriglandulari da sclerosi multipla degli organi incretogeni. Secondo Curschmann i due ordini di fenomeni (muscolari e endocrini) compaiono bensì associati in modo quasi sistematico, ma non sono in rapporti di interdipendenza causale; è invece probabile che ambedue dipendano dai centri simpatico-parasimpatici del diencefalo (centro viscerale di Aschner), la cui displasia, malattia o minorazione funzionale si manifesti da una parte sul sistema muscolare in quanto innervato dal sistema nervoso vegetativo, e dall'altro sul sistema endocrino. A questa dottrina, che riunisce fatti disparati senza cadere negli eccessi di unilateralità della prima epoca endocrinologica, aderiscono in sostanza anche D'Antona, A. Westphal, il quale nei suoi lavori discute anche della probabile origine cerebrale di alcuni disturbi endocrini congeniti, e del significato delle malattie familiari a carico contemporaneamente del sistema nervoso e degli organi incretogeni, e Klien, che, avendo descritto nel suo caso di miopatia postencefalitica anche la presenza di sintomi ipertiroidei, è propenso a crederli in dipendenza di lesioni di centri viscerali cerebrali. Ammettendo questa esplicazione valevole anche per la D. M. P., ne viene confermata la parentela con la miotonia atrofica, la quale tuttavia se ne differenzia, oltre che per il tipo e la distribuzione dei sintomi muscolari, anche per la maggior costanza e sistematicità di quelli endocrini.

I numerosi studi compiuti sulle alterazioni del ricambio materiale nei miodistrofici danno in complesso risultati concordanti. Ipocolesterinemia venne riscontrata da Chosrosco e da C. e M. Parhon, i quali la mettono in rapporto con una insufficenza della corticale surrenale. Ipercalcemia venne trovata da Chosrosco, reperto che, se confermato, potrebbe stabilire una differenza di indole biochimica dalla miotonia atrofica, nella quale, come vedemmo sopra, Jung riscontrò ipocalcemia. Anche il metabolismo basale venne trovato diminuito in modo cospicuo da Gibson Martin e Buel (ciò che io posso confermare per determinazioni inedite fatte in due miodistrofici), mentre Barrè Folly e Metzger in un caso di miotonia atrofica avrebbero trovato un forte aumento; questi dati però meritano conferma. Meglio stabilite sono invece le modificazioni del metabolismo degli idrati di carbonio e della creatina. Si ha infatti costantemente creatinuria, mentre diminuisce la quantità di creatinina nelle urine, e pure diminuite sono tanto la creatina che la creatinina nel sangue (Janney Goodhart e Isaakson); l'aumento della creatinuria dipende da metabolismo intermedio delle proteine animali (Gibson e Martin), e la sua insensità, come pure l'aumento del rapporto fra creatina e creatinina, sono in rapporto con la gravità della forma miopatica, nei casi più seri scomparendo quasi totalmente la creatinina urinaria (Kervokian); da notare anche che nelle amiotrofie neurogene non si avrebbe creatinuria. Il metabolismo degli idrati di carbonio fu studiato nei miopatici da Janney Goodhart e Isaakson, da Scheiman, da Marañon, da Mosqueda Suto, i quali tutti trovarono glicemia bassa, o al limite inferiore della norma, ma sopra tutto un prolungamento del periodo di iperglicemia dopo ingestione di glucosio e facile glicosuria alimentare; tali modificazioni, a tipo prediabetico, sono proporzionali alla gravità della malattia, e si ma-

nifestano anche dopo uno sforzo muscolare; anche il comportamento dell'acido lattico nel sangue venne da Sargorodskij trovato anormale nei miopatici. Il complesso dei disturbi del metabolismo idrocarbonato può venire interpretato come semplice interessamento di ghiandole endocrine come l'ipofisi la surrenale e fors'anche il pancreas, ma, data anche la loro costanza di fronte alla relativa rarità dei sintomi endocrini, pare più probabile che essi siano più direttamente ingranati nel meccanismo della malattia: così Janney e coll. ammettono che la difficoltata utilizzazione dei carboidrati provochino nei muscoli debolezza, atrofia e degenerazione. Questa veduta, se ha in sè qualcosa di giusto, è però unilaterale, perchè nei diabetici, in cui la difficoltà dell'utilizzazione degli zuccheri è ben più profonda, non si suole osservare nè atrofia nè degenerazione muscolare, e d'altra parte nei miodistrofici il ricambio delle proteine è con ogni probabilità tanto alterato quanto quello degli idrati di carbonio, come provano le modificazioni dell'eliminazione della creatinina.

***

Se ora, in base ai molti fatti esaminati sin qui, cerchiamo di farci un concetto sulla patogenesi della D. M. P., dobbiamo subito riconoscere che la teoria puramente muscolare, come sostenuta da Charcot, Friedreich, Marinesco e molti altri nevrologi, in base specialmente ai reperti istopatologici dei muscoli lesi (secondo Marinesco si tratterebbe di un vizio di nutrizione del tessuto muscolare trasmesso ereditariamente, e per il quale si produrrebbe un aumento del sarcoplasma con disintegrazione della miocellula e dissociazione delle miofribille che poi si trasformano in gocciole adipose) è oggi insostenibile, sia perchè la sindrome miodistrofica può comparire anche al di fuori di qualsiasi fattore eredo-familiare, sia perchè la sintomatologia non è affatto limitata ai muscoli, come dimostrano le distrofie ossee e i sintomi cerebrali ed endocrini. Del resto anche dei fondamenti anatomo-patologici della teoria Belmondo ha fatto recentemente una critica serrata.

Anche la concezione di una genesi pluriglandolare della D. M. P. è inaccettabile per la sua unilateralità, e giustificata solo dalle intemperanze della prima epoca endocrinologica.

Rimangono le teorie che annettono grande importanza a lesioni di vario grado sede e natura, del sistema nervoso, centrale o periferico. Già Moebius dalla frequenza di sintomi cerebrali inferiva l'importanza del sistema nervoso nella genesi di tutta la sintomatologia; Vizioli sostenne che si trattasse di una « paralisi da trofonevrosi » d'origine centrale; Erb ammetteva che si trattasse di una lesione del neurone periferico, che si manifestava dapprima nel punto più lontano dal centro trofico, sì come, egli paragonava, del ramo colpito le prime ad appassire sono le foglie, più lontane dalle linfe vitali del tronco: ma egli alludeva ai reperti, non rarissimi, di lievi atrofie nelle cellule radicolari e radici anteriori di miopatici, reperti oggi considerati dovuti a semplice degenerazione retrograda, e nient'affatto essenzali nel quadro istopatologico della D. M. P.

Altri più recenti AA., dopo le osservazioni e le dimostrazioni di Mosso, Perroncito, Boecke, Hunter e altri sull'innervazione simpatica dei muscoli striati, dopo le elaborazioni in gran parte teoriche e ipotetiche sulla azione sarcoplasmatica e tonica di tale innervazione, se ne giovarono nell'interpretazione di oscure malattie nervose; così fra gli altri Bramwell, Thiers pensano che nella D. M. P. vengano di preferenza colpiti i muscoli ricchi di sarcoplasma, a funzione statica e a innervazione prevalentemente simpatica: le fibre a funzione clonica ammalerebbero solo in secondo tempo e in via indiretta, per l'aumento del connettivo e la degenerazione grassa delle fibre ricche di sarcoplasma. Ma la teoria dell'azione tonica e sarcoplasmatica dell'innervazione simpatica dei muscoli (Langelaan, Hunter, Pieron ecc.), è stata aspramente criticata da Bottazzi, che pure fu il primo a dimostrare la contrattilità sarcoplasmatica: il concetto di « tono plastico », egli dice, è in fondo irreale, suggerito dalle « lenghtening and shortening reactions » di Sherrington, degli animali decerebrati; fenomeni di natura riflessa, e di cui le caratteristiche sono con ogni probabilità non di origine muscolare, ma nervosa centrale.

Del resto oggi l'innervazione simpatica dei muscoli striati, che sul terreno anatomico viene ormai ammessa da tutti, pare abbia trovato la sua spiegazione funzionale.

Infatti fin dal 1923 Freund e Jansen avevano dimostrato che la regolazione chimica della temperatura corporea si conserva indipendentemente dalla innervazione motoria (somatica) dei muscoli: ossia anche quando siano completamente paralizzati, il loro metabolismo può venir modificato dal centro termoregolatore, mediante fibre che decorrono nell'avventizia delle arterie (pur non essendo di natura vasomotoria, perchè le variazioni del ricambio materiale dei muscoli sono entro ampi limiti indipendenti dall'irrorazione sanguigna). Nel 1925 Mansfeld e Lukocs dimostrarono che il ricambio gassoso di animali curarizzati subisce una diminuzione quando i muscoli del treno posteriore siano stati denervati: ciò però non avviene più se prima del taglio dei nervi motori si estirpa la catena del simpatico. Finalmente in tempo ancor più recente Orbeli e collaboratori della Scuola di Pietrogrado posero in evidenza un'azione di

rinforzo del tetano muscolare da stimolazione indiretta del muscolo, quando contemporaneamente vengano stimolati i corrispondenti filuzzi simpatici: con lo stesso espediente sperimentale si possono anche diminuire fortemente gli effetti della fatica del muscolo. L'adrenalina produce gli stessi effetti. Pare dunque dimostrato che esista un « tono chimico » del metabolismo muscolare, condizionato dai centri e dalle vie del simpatico, la cui importanza può quindi a buon diritto venir invocata anche in questioni di patologia muscolare.

Del resto l'importanza grandissima del simpatico nella patogenesi della D. M. P. risulta definitivamente provata dalle ricerche sistematiche e numerose compiute a Tokio da Ken Kuré e collaboratori. Essi infatti dimostrarono che i muscoli striati ricevono una doppia innervazione vegetativa, simpatica e parasimpatica, quest'ultima decorrente nelle radici spinali posteriori interrotta nei gangli spinali; la lesione della catena del simpatico, contemporaneamente a sezione dello sciatico, accelera e aggrava di molto l'atrofia muscolare, mentre la reazione degenerativa segue il suo corso normale; dopo estirpazione della catena dal simpatico, si stabiliscono nel muscolo un'atrofia e una diminuzione dell'eccitabilità elettrica, che si aggravano quando vengano anche sezionate le radici spinali posteriori, senza peraltro che si stabilisca reazione degenerativa. In questi casi, il reperto istopatologico dei muscoli lesi riproduce esattamente quello della D. M. P. Gli stessi risultati vennero ottenuti su un gran numero di animali da esperimento e in tre emiplegici, in cui venne estirpato dal lato paralizzato il simpatico cervicale. In base a questi ed altri fatti sperimentali, che per brevità tralascio, Ken Kuré sostiene che la causa prima della D. M. P. va ricercata in una lesione dell'innervazione simpatica e parasimpatica dei muscoli colpiti, e di conseguenza ammette che la sede della lesione si possa trovare, secondo i casi: 1) nell'interno del tessuto muscolare, a carico delle « Boekes akzessorischen Endplättschen »; 2) nella catena laterale del simpatico e nelle fibre simpatiche ed eventualmente parasimpatiche dei nervi periferici; 3) nei centri vegetativi del midollo spinale (si spiegano così i casi di lesioni miodistrofiche comparse in seguito a poliomielite anteriore acuta); 4) nei centri simpatici e parasimpatici encefalici. A questo proposito Ken Kuré attribuisce la maggiore importanza al nucleo di Deiters, e al cervelletto, che secondo lui sarebbe il centro simpatico del tono muscolare: e a sostegno della sua tesi egli ricorda i casi, non rari nella letteratura, di morbo di Friedreich associati a miodistrofia (Jendrassik, Joffroy, Dejerine, Ghilarducci, Erlenmeyer, Gowers, Mendel, Omerod, Bing, Kuré): del resto egli ammette anche un centro diencefalico (parasimpatico) del tono e del trofismo muscolare.

La teoria di Ken Kuré, se ha posto su basi nuove l'anatomia patologica e l'interpretazione genetica della D. M. P., appoggiando su solidi dati di fatto delle ipotesi che prima di lui si potevan ben dire campate in aria, ci pare errata là dove tende a perpetuare l'equivoca relazione fra innervazione simpatica dei muscoli striati e funzione tonica degli stessi. Così, per esempio, che il nucleo di Deiters, o le formazioni immediatamente adiacenti, siano preposti alla regolazione del tono, è nozione oggi generalmente ammessa, tanto che da alcuni AA. si ritiene che da esse dipenda la rigidità da decerebrazione; ma allo stato attuale delle conoscenze non credo si possa sostenere con argomenti di fatto una loro influenza trofica sui muscoli.

Viceversa la frequenza nella D. M. P. di sintomi più propriamente cerebrali, e i casi insorti dopo una infezione dell'encefalo localizzata, sia pure grossolanamente, alla regione dei gangli basali, ipotalamo e mesencefalo (encefalite epidemica), come anche la quasi costanza di distrofie a carico di altri organi, devono farci ritenere che nella malattia in questione il difetto primitivo sia una lesione, funzionale o anatomica, dei centri diencefalici regolatori del metabolismo organico, i quali mediante le vie simpatiche centrali e periferiche, controllano il trofismo, e quindi in via indiretta anche il funzionamento dei muscoli striati; e non di questi soli, ma anche di altri organi che, benchè meno intensamente, risentono dell'alterazione degli impulsi trofici.

Pure i disturbi endocrini, come ammette anche Ken Kuré, potrebbero rientrare in questo ordine di fenomeni, a lor volta complicando non solo il quadro clinico, ma anche la costellazione di anomalie metaboliche fondamentali e caratteristiche.

In favore di un concetto di « funzionalità » della D. M. P. in alcuni casi, deporrebbero le guarigioni che si sono sia pure eccezionalmente osservate: vedere i casi riferiti da Oppenheim e da Batten, e le considerazioni relative; possiamo intanto ricordare i già citati casi di Jellinek e di Marina, in cui la guarigione comparve all'età puberale, e quello di Pestonik, in cui la miopatia, insorta insieme a una sindrome schizofrenica in seguito a un'infezione reumatica, scomparve poi completamente, insieme alla sintomatologia psichica. Questo concetto introduce quello, importantissimo dal punto di vista pratico, di curabilità della malattia; ricorderemo qui i recenti tentativi, ispirati alle moderne concezioni patogenetiche, di Stscherback con iniezioni quotidiane di adrenalina e mediante l'ionoforesi calcica; di Ken Kuré e Okimata, con iniezioni combinate di adrenalina e di

epinefrina (avendo Tsuij dimostrato che nei muscoli distrofici come nei simpatectomizzati l'adrenalina — nei primi anche l'atropina e la pilocarpina — fanno rinforzare i riflessi tendinei e diminuire la faticabilità); della Tikocinskaja, la quale in venti casi trattati con l'ionoforesi calcica constatò sempre un più o meno spiccato miglioramento, obbiettivamente dimostrato dall'aumento della cronassia dei muscoli lesi, e da diminuzione della creatinuria.

La teoria patogenetica sopra esposta, mentre spiega senza forzare i fatti l'origine dei casi traumatici e postinfettivi di sindromi miodistrofiche, non esclude affatto che la alterazione supposta fondamentale della D. M. P. possa prodursi il più delle volte, secondo la concezione classica della malattia, in modo affatto primitivo e criptogenetico, e spesso su terreno idioplasmaticamente predisposto. Essa non tien conto della supposta azione dell'innervazione simpatica dei muscoli striati, ancora tanto discussa e tanto lontana da una conferma attendibile; d'altra parte tende a unificare la supposta azione « trofica » dei centri vegetativi diencefalici, con quella funzione regolatrice del ricambio materiale ed energetico, la quale, se pure non è ancor chiara in tutti i suoi particolari, è però abbastanza sicura nelle sue grandi linee da potervi ricercare la spiegazione di fatti patologici.

L'esistenza di centri ipotalamici regolatori del ricambio degli idrati di carbonio, dei grassi dei sali e dell'acqua, come pure della temperatura corporea e degli scambi gassosi, è ormai dimostrata e in parte anche precisamente localizzata in determinati gruppi cellulari. Per ora ancora ipotetica è l'esistenza di apparati centrali che controllino il ricambio proteico, per quanto alcuni AA. abbiano dedotto da alcune esperienze, rimaste senza controllo, che anche il metabolismo purinico dipenda da centri ipotalamici. A dire il vero, assai poco si sa ancora sui reciproci rapporti di questi centri fra di loro e con le numerose ghiandole endocrine che pure interferiscono nella regolazione del ricambio materiale ed energetico dell'organismo, ma la luce si va facendo lentamente anche in tale oscuro e fecondo campo della fisiopatologia nervosa. Quanto si sa di sicuro fin d'ora è in ogni modo sufficiente per legittimare l'ipotesi che la D. M. P. dipenda da una lesione primitiva (abiotrofica per predisposizione eredo-familiare, o tossinfettiva o commozionale) di alcuni centri in prevalenza diencefalici regolatori del metabolismo, e secondariamente delle corrispondenti vie efferenti periferiche di natura simpatica (e forse anche parasimpatica); e che le corrispondenti modificazioni del ricambio materiale debbano accompagnare e precedere magari di lungo tempo le alterazioni patologiche di struttura e di funzione dei muscoli, che si manifestano alla fine come grossolani sintomi morbosi.

Insieme ai muscoli altri organi, e specialmente le ossa, risentono dell'anormale innervazione « trofica » (prescindendo da quel tanto di teleologico indeterminato ed equivoco che vi è nel termine « trofismo », che vogliamo qui considerare nel senso di ben determinate modificazioni metaboliche, che nella fattispecie si ripercuotano in modo particolare, per motivi di costituzione biochimica o di funzione specifica, su un dato organo o tessuto: a mo' d'esempio, è intuitivo che se determinati influssi nervosi controllano quelle particolari fasi del metabolismo degli idrati di carbonio, che sono specialmente interessate nel fenomeno della contrazione muscolare, una alterazione di quegli influssi esplicherà una più intensa influenza proprio sul tessuto muscolare, fino a produrne a lungo andare difficoltà di funzione e alterazione di struttura). Sul significato e l'importanza degli eventuali sintomi cerebrali ed endocrini ci siamo già trattenuti ed è inutile insistervi.

Certamente, manca ancora un sicuro reperto anatomico che dimostri la vera sede del processo morboso. A dire il vero, esistono nella letteratura (Foix e Nicolesco) due casi di miodistrofia con all'autopsia lesioni (di tipo puramente degenerativo, abiotrofico, senza interessamento delle vie mieliniche, nè reazioni vascolari mesodermiche o nevrologiche) a carico dei nuclei motori ponto-bulbo-midollari corrispondenti ai muscoli lesi, e di varie formazioni appartenenti alle vie extrapiramidali e ai centri vegetativi diencefalici, ma tali reperti sono stati criticati da A. Westphal, in quanto a probatività della sede della lesione, per la diffusione dei fatti atrofico-degenerativi ad altre regioni del sistema nervoso (bulbo, ponte ecc.). Ciò del resto non toglie che lo stesso Westphal, come pure Klien, Strasser, Schilder e Weissmann, Ken Kuré credano che anche l'anatomia patologica debba mettersi nella via indicata dalla fisiopatologia e dalla clinica, per definire il meglio possibile il problema della D. M. P.

***

Clinicamente dunque, per miodistrofia progressiva si deve intendere oggi non più, come ai tempi di Duchenne e di Erb, una pura entità clinica, ma un complesso di sindromi di varia etiologia e sintomatologia (per quanto riguarda l'epoca di comparsa, la gravità, il decorso, le associazioni morbose), e di patogenesi unica.

Si potrebbero così distinguere schematicamente:

1) casi, che potrebbero dirsi puri, in cui la lesione, localizzata, produce solo le tipiche alterazioni muscolari, e la malattia appare come ereditaria, per lo più per via diagi-

nica, a carattere talora recessivo, talora dominante; è probabile che siano questi di gran lunga i più numerosi;

2) casi in cui la malattia, più spesso associata a disturbi cerebrali o distrofico-degenerativi, si presenta per lo più non familiare, ma quasi sempre su terreno ereditariamente predisposto, e si manifesta in seguito a più o meno lievi cause occasionali: embrioftoria (Mondio), paralisi cerebrale infantile (Freud), heredolues, tossinfezioni varie, di origine specialmente intestinale (De Sanctis);

3) casi in cui la malattia, più o meno pura, si presenta su terreno secondo ogni apparenza non ereditariamente predisposto a particolari malattie del sistema nervoso, ma solo per opera di agenti esterni accidentali (traumi, tossinfezioni), a localizzazione elettiva sui centri regolatori del ricambio dei muscoli.

BIBLIOGRAFIA.

ALAJOUANINE GOPCEVITCH e MEILLAUD. Rev. Neur., 1930, I, 429.
BABINSKY. Cit. da THIERS.
BALLET e DELHERN. Soc. de Neurol., 4-4-1903.
BARRÉ FOLLY e METZGER. Soc. de Neurol., Rev. Neurol., 1929, I, 403.
BATTEN. Quart. Journ. of Med., 3, 312, 1910.
BELMONDO. *Scritti Neurol. in onore a E. Tanzi.* UTET, Torino, 1926, pag. 423.
BIEDL. Cit. da CURSCHMANN.
BOTTAZZI. Arch. di Sc. Biol. 8, 480, 1926.
BRAMWELL. The Lancet, 209, 1103, 1925.
CAUSSADE e ABEL. Rev. Méd. de l'Est, 50, 65, 1922.
CLARKE. Cit. da OPPENHEIM.
CONTE e GIOIA. Ann. Clin. dell'Osp. degli Incurab. Napoli, 1836, pag. 66.
CHOSROSKO. Z. Nevropat., 23, 155, 1929 (in russo); riass. ted. in Centrlbl. f. d. ges. Neur. u. Psych., 58, 234, 1931.
CURSCHMANN. Ergebn. d. Inn. Med. u. Kinderheilk., 21, 467, 1922.
D'ANTONA. Policlin. Sez. med., 33, 389, 1926.
DE SANCTIS S. Boll. Soc. Lancisiana, 27, I, 1907.
DRAGANESCO e JORDANESCO. Rev. Neur., 19300, I, 449.
FOIX e NICOLESCO. Encéphale, 1924.
FREUD. *Die Infantile Gerebrallahmung.* Wien, 1897.
FREUND e JANSEN. Cit. da BOTTAZZI.
FUCCI. Pediatr. del Med. Prat., 3, 381, 1928.
FUNSTEN. Journ. of. Bone, and Joints Surg., 5, 190, 1923.
GIBSON MARTIN. Journ. of Biol. Chem., 49, 319, 1921.
ID. Arch. of Int. Med., 29, 82, 1922.
GOODHART e GLOBUS. Cit. da BRAMWELL.
GOUIGNON e SOUQUES. Boll. Soc. Anat., 1891.
GUILLAIN. Semaine Méd., 19070.
GUTTMANN e KUDELSKI. Bull. Soc. Méd. Hôp., Paris, 21-6-1921.
HEUYER e SEMELAIGNE. Soc. de Neurol., 3-6-1920.
HALLION. France Méd., 1893.
JANNEY GOODHART e ISAAKSON. Arch. of Int. Med., 21, 188, 1918.
JOHN WIMMER e WESTPHAL A. Centralbl. f. d. ges. Neur. u. Psych., 39, 142, 1925.
JOFFROY. Rev. Neur., 10, 289, 1901.
JENDRASSIK. In LEWANDOWSKI. Handbuch d. Neur., Berlin, 1911, Bd. 11.
JUNG. Presse Méd., 1930, 11, 1125.
KEN KURÉ. Klin. Woch., 6, 691, 1927.
ID. Quart. Journ. of Physiol., 18, 133, 1928.
KERVOKIAN. Z. Nevropat., 23, 181, 1929; riass. ted. in Centralblatt, 58, 234, 1931.
KESTEVEN. Journ. of Ment. Sc., n. 73, 41, 1870.
KLIEN. Münch. Med. Woch., 1930, I, 308.
KUNTZ. *The autonomic nervous system.* Tindall Bailler e Fox, London, 1929.
LANDOUZY e LORTAT-JACOB. Presse Méd., 1909, I, 145 e Rev. de Méd., 1909.
LIEBERS. Cit. da ROGER.
LLOYD. Cit. da OPPENHEIM.
LION e GASNE. Bull. Soc. Med. Hôp. de Paris, 10-1-1902.
MARIE e ONANOFF. Ibid., 1891.
MARIE e CROUZON. Rev. Neurol., 1903.
MAIWEG. Cit. da CURSCHMANN.
MANSFELD e LUKOCS. Cit. da BOTTAZZI.
MARAÑON. Boll. de la Soc. Espan. de Biol., 12, 48, 1927.
MARINA. Cit. da THIERS.
MARINESCO. Nouv. Traité de Méd. et de Thérap., Paris, 1910.
MERLE e RAULOT-LAPOINTE. Rev. Neurol., 1909.
MILLIAN e LELONG. Bull. Soc. Méd. Hôp. de Paris, 2-6-1922.
MINGAZZINI. Nouv. Icon. Salpetrière, 25, 320, 1912.
MOEBIUS. Berlin. Klin. Wochen., n. 14, 1873.
MONDIO. Riv. Sper. di Freniatria.
MOSQUERA SUTO. Med. Ibera, 2, 479, 1929.
OPPENHEIM. *Lehrbuch der Nervenkrankheiten.*
ORBELI. Cit. da KUNTZ.
PARHON C. e M. Soc. Neurol., 5-7-1923.
PESTONIK. Encéphale, 23, 311, 1928.
PFAUNDLER. Cit. da CURSCHMANN.
PORTA. Riv. di Nevrol., 1931 (per la bibliografia dei sintomi cerebrali).
PRISMAN. Z. Nevrop., 23, 209, 1929 (in russo); riass. ted. in Centralblatt, 58, 233, 1931.
ROGER. Rev. Neurol., 26, 408, 1919.
ROSENFELS. Cit. da ROGER.
SACARA TALBURE. Arch. de Neurol., 1893.
SARGORODSKJI. Z. Nevrop., 23, 167, 1930; riass. ted. in Centralblatt, 57, 235, 1931.
SEIMANN. Ibid., 23, 187, 1930; ibid., 58, 235, 1931.
SCHLESINGER. Cit. da ROGER.
SCHILDER e WEISSMANN. Med. Klin., 25, 748, 1929.
SCHULTZE. Deut. Zeitschr. f. Nervenheilk., 14, 1899.
SFORZA. Policlinico.
SICILIANO. Ibid., Sez. prat., 36, 262, 1929.
SRAJDERMANN. Rev. Neurol., 1930, II, 727.
SPILLER. Cit. da OPPENHEIM.
STSCHERBAK. Montschr. Psych., 70, 279, 1928.
STRASSER. Wiener Klin. Noch., 1927, n. 36.
TASSIGNY. Rev. Neurol., 1919, 610.
THIERS. In ROGER, WIDAL, TEISSIER. Nouv. Traité de Méd., Paris, 1924.
TIMME. Arch. of Int. Med., 1917.
TINEL, SCHIFF e COURTOIS. Rev. Neurol., 1928, 11, 157.
TIKOCINSKAJA. Z. Nevrop., 23, 147, 1930; riass. ted. in Centralblatt, 58, 235, 1931.
TOUCHE. Bull. Soc. Méd. Hôp. de Paris, 13-2-1902.
TSUJI. Zeit. f. d. ges. exper. Méd., 61, 211, 1928.
URIOLA. Cit. da THIERS.
VIZIOLI. Morgagni, 21, 109 e 192, 1879; 22, 749 e 820, 1880.
WALTER. Arch. f. Klin. Chir., 139, 574, 1926.
WESTPHAL A. Klin. Woch., 6, 198, 1927.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Un caso di encefalite morbillosa con postumi parkinsoniani

pel dott. LUIGI CAPALDO - Sarsina (Forlì).

L'encefalite nel corso del morbillo costituisce una non frequente complicazione; si può anzi dire del tutto rara e quasi sconosciuta, sino a questi ultimi anni.

Di complicanze nervose del morbillo, invero, non mancavano osservazioni anche meno recenti: di Henoch, di Buzzard, Morton, Jessen ed Edens e tra noi del Massalongo e dell'Allaria; esse costituivano però, una tale rarità clinica, che difficilmente ne è fatto cenno nei trattati di medicina, anche recenti.

Ad esempio Rolly, nel trattato di medicina di Mohr e Staehelin, scrive: « Gravi fenomeni da parte del sistema nervoso di solito non si osservano... si deve tenere per certo, che il veleno del morbillo, non provoca di per sè stesso, gravi fenomeni cerebrali e nervosi ». Nè diversamente si esprime il Feer, nel suo trattato di pediatria. nè, in quello di Pfaundler e Schlossmann il Moser, il quale mette in conto di altre infezioni « le meningiti, le encefaliti, le polomieliti, che possono osservarsi nel corso del morbillo ».

Ben diversamente si esprime, invece, l'illustre Maestro Jemma nel recentissimo « Trattato Italiano di Medicina interna »: « Recentemente », egli scrive, « si sono moltiplicate le osservazioni di encefaliti o encefalomieliti da morbillo, che colpirebbero il bambino nella convalescenza e analogamente alle encefaliti post-vacciniche, rivestirebbero la forma cerebrale o spinale o le due forme associate ».

Questa diversità che si riscontra tra la citata trattazione dello Jemma e le altre meno recenti, corrisponde appunto al modificarsi del quadro delle complicanze nervose del morbillo in quest'ultimo decennio: in quello stesso periodo di tempo, cioè, in cui si sono venuti facendo così frequenti i casi di encefalite letargica, e si è visto sorgere una nuova forma morbosa: la encefalite post-vaccinale.

Anche recentemente il Mensi ha riferito su due casi di encefalite morbillosa, uno dei quali seguito da morte. Nè sembra che siano così esaurite le possibilità della casistica, perchè altri casi sono stati osservati, in altre infezioni, e, tanto per citare una delle ultime pubblicazioni in materia, dirò che Debrè, Turquety e Broca hanno ultimamente resi noti due casi di encefalite, a decorso rapido e benigno, nel corso di una leggerissima rosolia. Osservazione questa più unica che rara, che però non ci trova scettici, dato quanto ci è stato dato di vedere in questi ultimi tempi.

Il caso capitato alla mia osservazione merita particolare ricordo, non tanto perchè arricchisce una casistica ormai cospicua, quanto perchè si sono avuti in esso dei postumi, che, salvo errore, non sono stati da altri rilevati nella encefalite morbillosa, cui si è visto seguire emiplegie e afasie, mentre non è stato da altri, che io sappia, notato lo stabilirsi della sindrome parkinsoniana, di una alterazione, cioè, nel campo del sistema motore extrapiramidale.

Nel marzo 1927 comparve nel comune di Sarsina una epidemia di morbillo, la quale si sviluppò di preferenza nel centro abitato, nel quale in breve tempo, ammalò quasi tutta la popolazione infantile; si ebbero così circa un centinaio di casi, un certo numero dei quali decorse con complicazioni varie e più o meno gravi.

Un particolare decorso ebbe il caso seguente:

Narda R., ammalò il 24 marzo 1927 con febbre, accompagnata dai consueti fatti catarrali a carico delle congiuntive e della mucosa bronchiale; l'esantema comparve al terzo giorno e, in coincidenza col suo apparire, si aggravarono i fatti bronchiali, e comparvero alcuni disturbi a carico del sistema nervoso. Al quarto giorno di malattia il suo stato era il seguente:

Bambina di anni 8, di costituzione gracile, ma di forme regolari; non vi sono fatti speciali degni di rilievo nè nell'anamnesi personale. nè negli antecedenti familiari.

La fanciulla giace in decubito dorsale, in uno stato soporoso dal quale appena e stentatamente la scuotono i vivaci richiami dei familiari.

La superficie cutanea è completamente coperta dall'esantema morbilloso, a macule e papule di color rosso vivo, esteso al tronco, al viso, agli arti.

A carico dell'apparecchio respiratorio si rilevano rantoli a medie e grosse bolle su tutto l'ambito. R. 25.

Il cuore è nei limiti, i toni sono netti, il polso è ritmico, uguale, un po' frequente (85), leggermente teso.

L'addome è trattabile, la palpazione non risveglia dolore, nè permette di rilevare fatti degni di rilievo; vi è coprostasi.

La temperatura è 38,5.

A carico del sistema nervoso si nota: sopore, rigidità nucale, ptosi palpebrale assai pronunciata, leggero Kernig bilaterale, riflessi tendinei accentuati, Babinski assente. La bambina si lagna anche di forte cefalea.

Questi fenomeni morbosi rimasero stazionari per alcuni giorni, poi andarono gradatamente dileguando, sicchè in capo ad una quindicina di giorni, la fanciulla potè levarsi di letto e sembrare del tutto guarita, tanto da tornare, indi a poco, alla sua scuola.

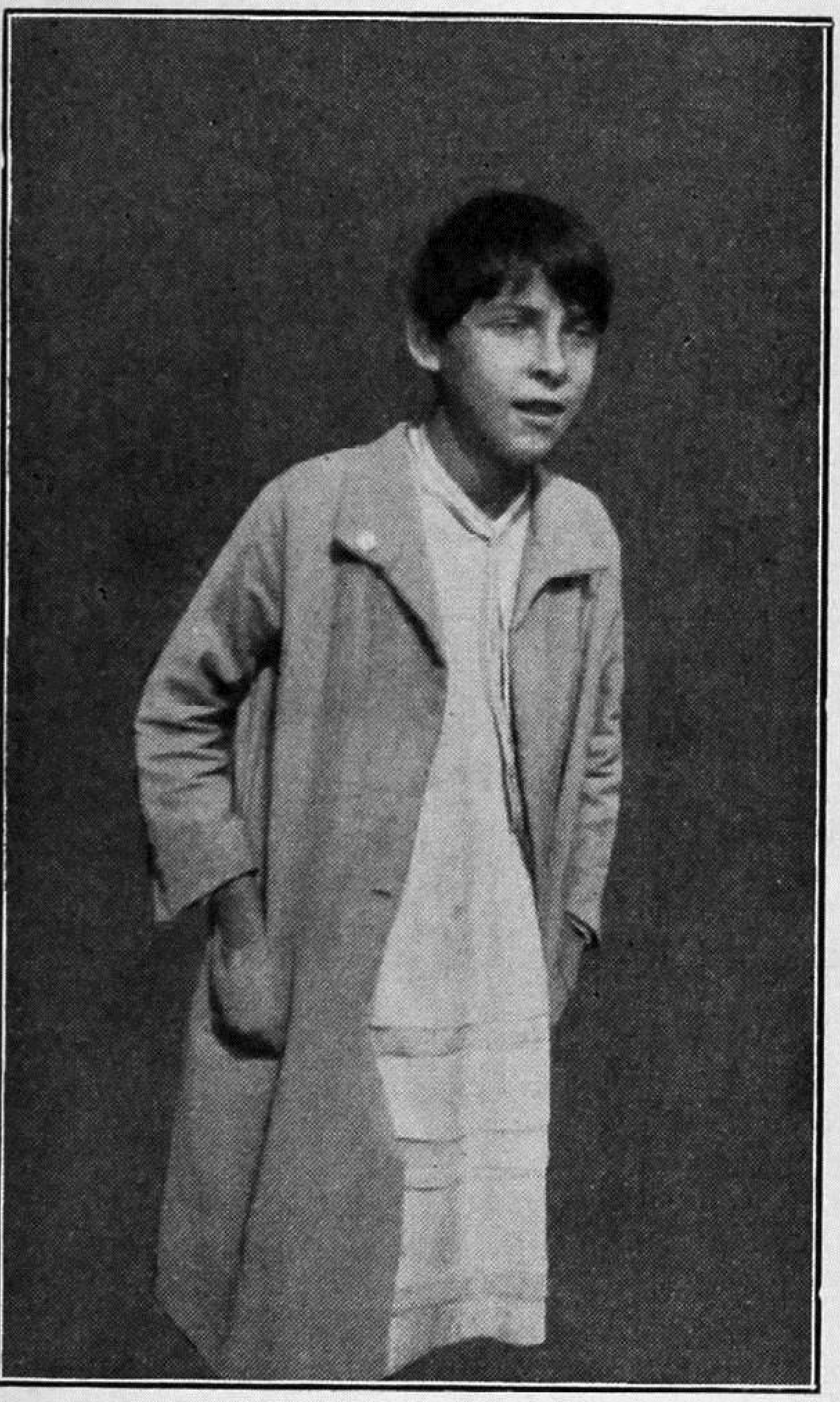
Ma, nel riprendere gli studi, i suoi insegnanti notarono un notevole scadimento della intelli-

genza, e sopratutto, che la bambina era, nelle ore di scuola, disturbata da un'invincibile sonnolenza, che la costringeva a chinare il capo sul banco, e a trascorrere così, nel sonno, quasi tutte le ore del mattino.

Questo fenomeno morboso richiamò l'attenzione dei familiari, i quali mi consultarono, e potei così constatare, che alla sonnolenza del giorno corrispondeva una invincibile insonnia notturna, accompagnata da inquietudine, che cedeva soltanto sul far del giorno.

Tale tipica inversione del sonno fu il disturbo iniziale che aprì il quadro del parkinsonismo postencefalitico, quadro che oggi può dirsi completo.

Lo stato odierno dell'inferma è questo:



Facies tipicamente figée, con caratteristica aria di stupore; non vi è alcun accenno della ptosi palpebrale, che si osservava durante la malattia; vi è, invece, rarità dell'ammiccamento e tendenza a lasciar pendere inerte la mandibola; la pelle del viso è lucida e untuosa.

L'incesso si compie a piccoli passi e quasi sulla punta dei piedi, con le spalle incurvate, il tronco leggermente flesso in avanti e le ginocchia in una posizione di semiflessione; le braccia, tenute anche esse semiflesse, non accompagnano quasi affatto il movimento degli arti inferiori. Se si ferma spontaneamente o per nostra ingiunzione, esegue qualche attimo dopo la fermata, una lenta flessione col tronco, a guisa di piccolo inchino; in tale posizione rimane poi a lungo immobile, con atteggiamento attonito sintanto che venga in qualche modo distratta. A volte è tale il movimento di flessione, che, venendone spostato il centro di gravità, essa è costretta a portare il piede in avanti per non cadere. Ciò malgrado può correre speditamente, del che molto si vanta, non risentendo più nella corsa quell'impaccio, che è invece così pronunciato nei movimenti più comuni.

Anche nei tentativi di compiere movimenti passivi si incontra una particolare difficoltà; così, ad esempio se si vuol compiere passivamente la dilatazione della rima palpebrale, vi è tale stato di tonicità dell'orbicolare delle palpebre, che la manovra è particolarmente difficile.

Si nota anche adiadococinesia; quella particolare difficoltà, cioè, di compiere in fretta movimenti antagonisti.

I riflessi tendinei sono accentuati, manca il Babinski; il fenomeno di Negro non è rilevabile in modo chiaro.

La sensibilità superficiale e profonda è intatta. Manca ogni accenno di tremore.

Quasi completa, adunque, nel mio caso, la sindrome parkinsoniana, la quale, come dicevo poc'anzi, non credo sia stata da altri vista quale postumo della encefalite morbillosa; in questo sta il particolare interesse della mia osservazione.

Come dicevo in principio, in quest'ultimo decennio o poco più, si son viste moltiplicarsi le osservazioni di encefaliti di varia natura e gravità, e, senza alcun dubbo, l'ipotesi più seducente è, che tutte queste varie forme dipendano da un unico virus, dotato di uno spiccato neurotropismo, con particolare elettività per alcuni centri grigi del mesencefalo.

Ed è noto, infatti, che il Levaditi ed altri autori avevano creduto prima di poter identificare questo virus con quello dell'erpete febbrile, e in un secondo tempo, lo stesso Levaditi è stato tra i più convinti sostenitori della identità del virus della encefalite letargica e della encefalite post-vaccinica; ma oggi si tende ad ammettere, che queste varie forme morbillose, corrispondano ad agenti morbosi diversi; al virus dell'encefalite letargica, però, si apparterrebbe la peculiarità di prediligere alcuni centri del mesencefalo (nucleo caudato, globus pallidus, substantia nigra del locus niger) determinando così il quadro del parkinsonismo postencefalitico.

Però anche questo concetto merita forse una revisione. Da una parte infatti appar chiaro dalle ricerche di Turnbull e McIntosh, di Bastiaanse e molti altri, che anche nell'encefalite post-vaccinica, alcune zone della sostanza grigia, ad esempio le cellule nervose pigmentate della substantia nigra del locus niger, che l'Omodei-Zorini ha visto atrofiche e scomparse in un caso di parkinsonismo postencefalitico venuto a morte, sono colpite a preferenza di altre; dall'altra, il mio caso sta a dimostrare che anche all'encefalite morbillosa può tener dietro la sindrome parkinsoniana. E non basta: che anche il Fornara ha visto seguire disturbi del tipo parkinsoniano ad uno dei suoi casi di encefalite vaccinale.

Per quanto, certo, non sia lecito da scarse osservazioni il trarre conseguenze di ordine generale, pure se esse si moltiplicassero in seguito, potrebbe risultare non esatto il concetto espresso da numerosi autori, e principalmente dal Nonne, col quale si attribuisce al solo virus dell'encefalite letargica, la particolare elettività per i nuclei grigi del mesencefalo.

RIASSUNTO.

L'A. riferisce di un caso di encefalite morbillosa, nel quale si sono avuti dei postumi a tipo parkinsoniano: osservazione non certo frequente, che si presta ad alcune considerazioni sul problema delle encef. e sulle loro sequele morbose.

BIBLIOGRAFIA.

HENOCH. Citato da OPPENHEIM: *Tratt. di malattie nervose*. Soc. Ed. Libr., vol. III.
BUZZARD e MORTON. Citati da ALLARIA.
JESSEN und EDENS. *Polymiositis und polyneuritis bei morbillen*. Berliner Klin. Wochenschrift, 8 agosto, vol. I.
MASSALONGO. *Atetosi consecutiva a morbillo*. Riforma medica, 1892, vol. III, pag. 615.
ALLARIA. *Di un caso di paralisi morbillosa del nervo peroneo di origine periferica*. Gazz. degli Ospedali, 1905, n. 16.
ROLLY. In *Trattato di Medicina* di MOHR e STAEHELIN. Soc. Ed. Libr., 1014.
FEER. In *Trattato di pediatria*. Vallardi, 1915.
MOSER. In *Trattato di pediatria* di PFAUNDLER e SCHLOSSMANN. Vallardi, 1915.
JEMMA. In *Trattato Italiano di Medicina interna*, edito a cura dell'« Ibi » da Soc. Ed. Libr, 1931.
MENSI. In Clinica ed Igiene infantile, 1930, n. 8.
DEBRÉ, TURQUETY e BROCA. Presse Médic., 1930, n. 21.
LEVADITI e NICOLAU. Compt. Rend. Soc. Biol., 22 gennaio 1926.
LEVADITI ed altri. Acad. Méd., Paris, 10 luglio 1928.
ID id. Bull. Acad. Méd., 1928, n. 28.
TURNBULL e MCINTOSH. Lancet, 4 settembre 1927.
BASTIAANSE. Nederl. Tijdschr., 18 settembre 1926.
OMODEI-ZORINI. Com. alla R. Accad. Medic. di Torino, 8 febbraio 1924.
FORNARA. Com. alla Sezione Lomb. della Soc. Ital. di Pediatria, 5 giugno 1927
NONNE. Anales de la Facultad de Medic. de Montevideo, 1924.

NOTE DI TERAPIA.

L'auto-liquor-terapia in medicina e chirurgia (1910-1931)

pel dott. ANTONIO CARBONI.
Anticoli Corrado (Roma).

Penso che sia interessante pel pratico e forse per tutti ricapitolare quest'argomento di terapia non troppo noto e di utilità ormai dalla clinica largamente confermato.

Le reiniezioni sottocute o nelle vene del proprio liquido cefalo rachideo (o liquor), estratto per puntura lombare al paziente stesso o all'infermo stesso a scopo o fine curativo costituisce la pratica terapica che deve andare sotto il nome di *auto-liquor-terapia.*

Certo questo modo o metodo di cura non è, nè può essere di corrente e giornaliera attuazione ed eseguibilità; ma esso per diverse malattie con speciale indovazione sul neurasse e suoi involucri ci ha offerto preziose possibilità e delle risorse insperate per il malato, dimostrate da un ventennio di molteplici e svariate applicazioni cliniche.

Tali risultamenti intendo oggi brevemente ricapitolare, sia per la dimostrata utilità in contingenze pratiche di speciale gravità, sia per la importanza suggestiva che certe constatazioni cliniche possono suggerire alle ulteriori speculazioni ed indagini scientifiche, sia infine per riaffermare che tale mezzo terapeutico fu per la prima volta saggiato ed usato in Italia.

Infatti nella Sezione pratica del *Policlinico* del 1916 appare una comunicazione sull'argomento del dott. P. Tilli dal titolo: *Meningite tubercolare, tentativi di cura con reiniezione sottocute del liquido cefalo-rachidiano del paziente*, e i tre casi ivi riportati furono dall'autore curati negli anni 1910, 1912 e 1914.

Il Tilli afferma di essere stato indotto a praticare tale cura per analogia ad altri usi di auto-sieroterapia... « e in considerazione che il liquido cefalo-rachidiano divenuto patologico nella meningite tubercolare ha subìto modificazioni notevolissime e chimiche, e morfologiche, e istologiche, e biologiche, dovute dal versarsi continuo nella sua massa *di tutti quei prodotti speciali che organismo e microrganismi elaborano...* ».

Ora prima di questi anni non mi è riuscito di trovare nella letteratura che tale metodo sia stato da altri usato, o comunque cennato, o consigliato; e ciò tanto in Italia che all'Estero. Sicchè fino a prova contraria deve rimanere per noi acquisito che l'auto-liquor-te-

rapia sorse e fu usata la prima volta nel nostro paese: quindi autori diversi per svariati altri mali se ne giovarono e con risultati brillanti e insperati. Riportare i mali che durante il ventennio furono curati con l'auto-liquor-terapia, specie quando i rimedi usuali erano già falliti costituirà la migliore prova per tutti della sua efficacia davvero sorprendente sia in medicina che in chirurgia.

MEDICINA.

1) *Nella meningite tubercolare*, il Tilli ottiene dei soddisfacenti risultati e un migliorato per lungo periodo.

2) *Nelle meningiti di ogni specie* compresa la tubercolare lo Zielinski, dopo ogni puntura lombare praticata per questi mali, inietta da due a cinque cmc. di liquor sia in una vena, sia sotto pelle.

Se il liquido è torbido egli inietta sempre sottopelle. Afferma di avere ottenuto buoni risultati nei bambini, dove questo trattamento gli si dimostrò più efficace delle stesse iniezioni di siero specifico sia nel canale rachideo che nei ventricoli cerebrali!

3) *Nel tifo esantematico* lo stesso Zielinski ha adoperato constantemente tale pratica terapeutica. E fin dal 1917 pubblica i suoi primi risultati, quindi nel 1926 può presentare una statistica di 300 casi trattati con l'auto-liquor-terapia con risultati buoni specie in quei malati, i quali, avendo resistito per sette-otto giorni alle abituali cure presentavano eccitabilità nervosa con sindrome meningea. In questi simili casi la puntura lombare apparve direttamente indicata per le manifestazioni cliniche e la cura delle reiniezioni del liquido c. r. sotto-cute o endovena portò da un giorno all'altro a miglioria e guarigione l'infermo. Lo Sterling, l'Okuniewsky, Segal e molti altri impiegarono con uguale successo tale metodo confermandone tutta l'efficacia.

4) *Nell'encefalite letargica* il Reget ne avrebbe ottenuti buoni risultati.

5) *Nel parkinsonismo* post-encefalitico l'auto-sieroterapia rachidea fu praticata dal Dardel e Gonet.

6) *La mioclonia*, il *parkinsonismo* e il complesso sintomatico post-encefalitico vengono trattati dal Piticariu nel 1920 con iniezioni del liquor.

7) *Nella sifilide del sistema nervoso centrale* e nella *paralisi progressiva* e negli stati preclinici di essa il Mariotti propone ed usa l'auto-liquor-arsenobenzolo-terapia in seguito ai risultati incoraggianti da lui ottenuti in alcuni pazienti affetti da paralisi progressiva nelle varie sue forme espansiva, depressiva, demenziale e in fase molto avanzata del male. Infatti egli può constatare le migliorie dal lato fisico molto evidenti, scomparsa dell'anisocoria e della disartria: dal lato psichico un vero ritorno al normale, riacquistando alcuni dei suoi pazienti la calma, la lucidità, l'orientamento, la tranquillità, il bisogno del lavoro. Per questo autore con questa sua terapia si avrebbe in primo luogo una depressione intrarachidea e per tale disquilibrio la permeabilità delle meningi si accrescerebbe pel medicamento prescelto per l'uso endovenoso o intramuscolare; in secondo luogo per le modifiche umorali che si prducono per la introduzione del liquor dello stesso soggetto, si migliorerebbe la permeabilità della barriera coroidea e meningea, la quale nella paralisi progressiva e in tutte le localizzazioni della lue del neurasse frappone ostacolo alla penetrazione del medicamento del liquor che è a contatto del sistema nervoso; in terzo luogo con l'introduzione del liquor dello stesso soggetto si ha nell'individuo trattato una desensibilizzazione specifica, una crisi emoclasica terapeutica, e in tutti i casi una produzione di sostanze curative di altra natura, le quali oltre a combattere un'infezione, servono a ridurre la infiammazione locale e a modificare la circolazione cerebrale alterata, agendo nella peggiore ipotesi come una specie di proteinoterapia con azione specifica auto-vaccinante: in quarto luogo con l'accrescere efficacia e capacità di elezione ai preparati arsenobenzolici, associati o meno allo iodio con lo sciogIierli nel liquido cefalo-rachideo si facilita la fissazione di questi preparati nella cellula nervosa.

CHIRURGIA.

1) *Ad evitare gli incidenti della rachianestesia*, quali la sincope cardiaca, la sincope respiratoria, la morte repentina, e anche quelli più lievi, come il pallore del volto, i sudori freddi, il raffreddore delle estremità con cianosi, nausee, vomito, respirazione superficiale, vertigini, indebolimento e rapidità di polso (ipoteso), cefalee post-operatorie, ecc. il Daniel di Bucarest nel 1926 reiniettava a scopo profilattico 34 volte sotto cute, 66 volte nelle vene da 5 a 10 cmc. del liquor del soggetto che si sottoponeva ad intervento chirurgico. Con tale pratica ottenne risultati immediati e tardivi eccellenti per prevenire tutti i sopra menzionati e temibili accidenti e incidenti imputabili alla anestesia lombare. Nella clinica chirurgica di Roma, diretta dal mio maestro prof. Alessandri, il prof. A. Vitale riporta una esperienza condotta su 220 rachianestizzati per

interventi chirurgici i più vari ed indaginosi, nei quali vennero eseguite subito dopo la puntura lombare per la rachianestesia e immediatamente prima l'inizio dell'atto operativo le reiniezioni endovenose di circa 10 cmc. di liquido c. r. dell'operando, secondo la indicazione del Daniel.

La grande utilità del metodo stesso risultò evidente dal confronto con altri 220 rachi-anestizzati nel quale il trattamento non venne eseguito. Mi piace riportare il quadro comparativo a dimostrazione convincente:

Qualità degli incidenti seguiti alla rachianestesia.	220 casi non trattati	Percentuale	220 casi trattati	Percentuale
Vomiti	33	14 %	5	2 %
Diplopia con paresi del retto	11	4 ½ %	2	0,80 %
Ritenzione d'urina .	19	8 %	1	½ %
Ipertermia	29	13 %	3	0,90 %
Cefalea	39	17 %	9	4 %
Cefalea e diplopia .	8	3 ½ %	0	0 %

Gli interventi furono svariatissimi, seri, gravi (ulcere gastriche, appendiciti, calcolosi renali, epiteliomi nelle sedi più varie dell'intestino, colon, retto, vesciva, ecc., uronefrosi, pionefrosi, tumori del rene, ernie, ecc. ecc.); non ostante, con simile trattamento profilattico contro i danni della rachianestesia, si evitarono e mai si ebbero la sincope cardiaca, quella respiratoria, le vertigini ed altri incidenti.

*
**

Questi i risultati clinici della auto-liquor-terapia; ma da quali specifiche proprietà del liquor normale, o del liquor patologicamente modificato provengono tante diverse e varie azioni curative e in occorrenze medico-chirurgiche sì disparate?

La constatazione clinica sintetica che l'auto-liquor-terapia si è dimostrata di sicura utilità in tutte quelle malattie mediche che incisero sul sistema nervoso centrale e dei suoi involucri e nelle contingenze chirurgiche, in cui si doveva per ragioni di anestesia agire sul sistema nervoso con veleni, non ci delucida la quistione del meccanismo e del dinamismo terapeutico. E sarebbe davvero utile e necessario approfondire tale quistione, onde meglio essere edotti sulle possibilità terapeutiche che la clinica ci ha ben dimostrato; ma la cui intima essenza sarebbe necessario di meglio conoscere, onde con maggiore intelligenza ci si possa avvalere di questa terapia per i mali del sistema nervoso, i quali ancora oggi ci si dimostrano poco aggredibili e curabili.

Varrà la pena a questo punto accennare alle diverse interpretazioni date dagli autori summenzionati.

Del Tilli abbiamo già detto che avanza l'ipotesi che il valore curativo del metodo dipenda da una duplice sorgente di elementi che si riverserebbero nel liquido cefalo rachidiano, quelli che il microorganismo elabora, e quegli altri secreti dall'organismo stesso, ma egli non enumera nè gli uni nè gli altri.

Lo Zielinski, nell'adottare tale metodo vi fu condotto dalla riflessione sulla possibilità che gli anticorpi si possano trovare in quantità rilevante nel liquido lombare, specie nel tifo petecchiale.

Del Mariotti abbiamo dettagliatamente esposte le vedute.

Il Daniel e il Vitale nella pratica chirurgica pensano che l'azione curativa dipenda da una desensibilizzazione dell'organismo, presupposto che i disturbi della rachianestesia dipendano da un disquilibrio vago-simpatico legato alla sostanza anestetica, la quale, causando turbe endocrine, crescerebbe il terreno favorevole alla insorgenza dei fenomeni temibili.

Come si rileva, gli agenti o fattori curativi invocati dagli autori citati sono molteplici, ma non identificati con quella precisione che ci acqueterebbe; e ben perciò sarebbero tanto utili le ulteriori ricerche.

Infine rimane ad ogni modo bene acquisito in terapia la utilità innegabile dell'auto-liquor-terapia.

Nell'ultimo ventennio la clinica medica e la clinica chirurgica con un esteso uso ce lo hanno dimostrato per tanti gravi mali comunque invadenti o operanti sul sistema nervoso. Tale metodo di cura ci offre ancora un'arma nella nostra pratica, ci dà ancora un mezzo di difesa per lottare nelle contingenze le più gravi e le più disperate, ci rende lo spirito tranquillo in molte anestesie dubbie e altrimenti pericolose.

RIASSUNTO.

L'A. con questa sua nota sintetica riassuntiva sull'auto-liquor-terapia tiene a mettere in rilievo:

1) che l'auto-liquor-terapia è sorta in Italia per merito del Tilli;

2) che tale mezzo terapeutico ha avuto nel ventennio 1910-31 uno sviluppo notevole sia in medicina che in chirurgia per la cura di svariate forme morbose inerenti alle malattie del sistema nervoso;

3) che sarebbe necessario intensificare le ricerche e gli studi sul liquido cefalo rachidiano per mettere in evidenza quali possono essere gli elementi che spieghino alcune delle sue proprietà e virtù curative.

Roma, 7 settembre 1931-IX.

NOTE BIBLIOGRAFICHE.

PIETRO TILLI. *Meningite tubercolare: tentativi di cura con reiniezioni sottocute del liquido cefalo-rachidiano del paziente.* Policlinico, Sez. prat., 1916.

KASIMIR VON ZIELINSKI. *Eine neues therapeutisches Vorgeben beim Fleckficher,* 19 giugno 1917. *Le traitement du typhies exanthématique etc. par les iniections de liquide céphalo-rachidien.* Paris Médical, 18 sett. 1926, n. 38.

STERLING, OKUMIEWSKY. *Tyfus plamisty.* Dur Wysyphouy Wydanà, 1922.

SEGAL M. J. *Essai de traitement du tyfus exantématique par l'injection du liquide céphalo-rachidien du malade.* Presse Médicale, n. 16, 1920.

REGET. *Essai thératipeutique concernant l'encéphalite épidémique.* La Presse médicale, 26-VI-1920.

DARDEL e GONET. Citati da G. ROMEO nel *Dinamismo dei rimedi nelle malattie infettive.* La lettura medica, 15-I-1928.

PITICARIU. *Die Behandlung der mioclonien und der Parkinsonnischen Symptomkomplex nac Encephalitis epidemica mit intravenosen Iniection voi eigener Lumbalflüsigheit.* Wiener Klin. Woch., 11 mair 1922.

ETTORE MARIOTTI. *Auto-liquor-arsenobenzolo ecc. nella sifilide del sistema nervoso centrale.* La Medicina pratica, 31 luglio 1929.

DANIEL. Soc. de Gynécologie de Bucarest, 17 gennaio 1926.

A. VITALE. *Su un nuovo procedimento profilattico contro i disturbi della rachianestesia.* Comunicazione all'Accademia Lancisiana, Roma, 1931.

SUNTI E RASSEGNE.

I sintomi iniziali delle neuropatie centrali organiche.

(S. B. HADDEN. *Medical Times*, ottobre 1931).

La diagnosi precoce delle malattie organiche del sistema nervoso centrale s'impone oggi più che mai per necessità sociali e terapeutiche.

Molte mansioni di responsabilità sopra tutto inerenti ai trasporti richiedono tra l'altro la perfetta integrità del sistema nervoso di coloro che vi attendono.

D'altra parte la terapeutica delle malattie organiche nervose si è arricchita di metodi che si sono dimostrati efficaci nella fase iniziale del male.

La malarioterapia delle affezioni metasifilitiche del sistema nervoso dà i migliori risultati quando è tentata nelle forme non ancora completamente sviluppate.

La cura tempestiva della tabe può evitare lo stabilirsi della atassia. Questa è preceduta da disturbi molto significativi che devono mettere sull'avviso. Tali sono i dolori lancinanti, ma ancora più precoci e più frequenti sono sordi dolori alle gambe e parestesie che si accentuano con il freddo umido e durante la notte.

Molti di tali pazienti sono considerati affetti da reumatismo, artriti e neuriti e come tali sono curati fino a quando non compare l'atassia.

Altri sintomi iniziali della tabe sono la diminuzione della vista ed altri disturbi visivi, la cefalea, la paralisi di nervi cranici, l'impotenza sessuale, i disordini vescicali e rettali, le distrofie cutanee, articolari e ossee, ed infine ma non ultimi i dolori addominali con vomito.

I sofferenti di tutti questi disturbi dovrebbero essere sottoposti ad esame neurologico, perchè l'esperienza ha dimostrato che non di rado si riscontrano in essi segni obiettivi che non lasciano alcun dubbio sulla diagnosi di tabe: disturbi della motilità pupillare, la scomparsa dei riflessi patellari, l'indebolimento della sensibilità vibratoria specie sul sacro. E nei casi ancora dubbi converrebbe praticare l'esame del liquido cefalo-rachidiano.

Forse più difficile è la diagnosi precoce della paralisi progressiva. In parecchi casi la sintomatologia è tutta subiettiva e non dissimile da quella della comune neurastenia: facile esauribilità fisica e psichica, irrequietezza, irritabilità, diminuzione della attenzione, instabilità emotiva. Sintomi più caratteristici di questo stato preparalitico sono la sensazione di voracità e la perdita di interesse per le occupazioni abituali. I disturbi disartrici e paralitiformi sono generalmente tardivi, ma tal-

volta, specie la disartria, costuiscono il primo esclusivo sintoma della malattia.

Comunque l'esame accurato anche nelle fasi precocissime della paralisi progressiva fa spesso rilevare segni di sicuro significato diagnostico: disturbi pupillari, fini tremori delle palpebre, dei muscoli mimici, delle labbra e della lingua e meno frequentemente disturbi dei riflessi. Appartengono ai sintomi iniziali i disturbi della favella e la caratteristica tendenza agli errori di ortografia ed a raccorciare le parole nello scrivere.

Anche per la paralisi progressiva nei casi sospetti s'impone l'esame del liquor.

Un'altra malattia del sistema nervoso centrale estremamente cronica ed invalidante è l'encefalite epidemica.

I casi che s'iniziano in forma acuta con la caratteristica sonnolenza o l'insonnia non offrono difficoltà diagnostiche.

Ma la grande maggioranza dei casi non sono riconosciuti all'inizio e vengono diagnosticati solo quando si è stabilito il parkinsonismo.

Quantunque la malattia non sia suscettibile di cura in ogni sua fase tuttavia l'utilità della diagnosi precoce è ovvia per gli individui che devono essere addetti a mansioni pericolose.

Ornsteen nel 1929 indicò come segni del parkinsonismo iniziale o frammentario:

1) L'aumento del lieve grado di flessione normale delle dita in posizione di riposo: il fenomeno è più evidente quando la sindrome è unilaterale.

2) Asimmetria nella dilatazione delle dita e dell'estensione delle mani.

3) Facendo rapidamente e ripetutamente toccare le punte del pollice e dell'indice della stessa mano, mentre le altre dita sono flesse sul palmo, si nota nel parkinsonismo una rapida diminuzione della frequenza e dell'ampiezza delle escursioni.

S. B. Hadden ha trovato altri segni che sarebbero presenti quando manca ogni altro fatto obiettivo ed il parkinsonismo può essere sospettato solo in base ai disturbi subiettivi (irrequietezza, irritabilità, sonnolenza o insonnia, disturbi dell'emotività, alterazione del carattere, sbadigli, disturbi del respiro e della visione).

Tali segni sono:

1) Segno dell'ammiccamento: s'invita il paziente ad ammiccare e si nota che, mentre normalmente l'ampiezza e la frequenza del movimento è costante per un minuto e più, negli individui con incipiente parkinsonismo il movimento ben presto diventa irregolare fino ad aversi fissazione.

2) Segno della lingua: s'invita il paziente a volgere in alto la punta della lingua e piazzarla dietro gli incisivi centrali e quindi tenendo sempre la bocca aperta portare la lingua fuori e dentro la bocca toccando ogni volta i denti. Nel parkinsonismo si ha un rapido raddrizzamento della lingua ed il movimento di va e vieni diventa sempre più lento fino a che la lingua si fissa sul pavimento della bocca o contro il labbro inferiore.

3) Segno delle labbra: i denti e le labbra sono tenuti fermamente stretti e le labbra sono forzatamente separate come si fa per scoccare un bacio. Si fa ripetere il movimento quanto più rapidamente è possibile. Nei parkinsoniani il movimento diventa rapidamente ineffettuabile e cessa. DR.

Contributo alle sindromi del corpo calloso.

(R. BENELLI. *Riv. di Clin. Med.*, 15 giug. 1931).

Prendendo occasione da un caso diagnosticato in vita come tumore del cervello, localizzato al corpo calloso, e riscontrato invece all'autopsia come appartenente al dotto ipofisario, l'A. fa una breve rassegna sintetica delle affezioni del corpo calloso: anche forse per cercare di spiegare come un tumore del dotto ipofisario abbia potuto dare, invece della classica sintomatologia ipofisaria optopeduncolata, una sindrome callosa del tutto caratteristica quale quella presentata dal paziente.

Gli studi sull'anatomia del corpo calloso sono ormai completi ed hanno confermato quanto Ramon y Cayal aveva già da tempo precisato: essere cioè il corpo calloso composto essenzialmente da fibre associative.

Più incerte sono le conoscenze relative alla fisiologia del trave: la sezione sagittale del corpo calloso nel coniglio o nel cane non ha dato luogo a nessun disturbo apprezzabile onde si può pensare che la collaborazione dei due emisferi ai fini dello svolgersi delle funzioni cerebrali non implichi la compartecipazione del corpo calloso. Evidentemente però il maggior contributo alla fisiologia e alla fisiopatologia del C.C. e quindi ad una individualizzazione di una sindrome callosa è stato dato dalle varie lesioni che lo possono colpire.

I casi di *rammollimento* del C.C. descritti nella letteratura sono appena 4 e nella descrizione della sintomatologia i vari autori sono concordi nell'ammettere gran valore alla bilateralità dei sintomi motori senza compartecipazione dei nervi della base.

I casi descritti di emorragie del C.C. sono tre: sintomatologia sempre tumultuosa; talvolta essi sono semplici reperti fortuiti di autopsia.

L'*agenesia* o *aplasia* del C.C. descritta da molti AA. manca, secondo essi, di sintomi propri tali che autorizzino a crearne una sindrome.

Le *degenerazioni a tipo sistematico* del C.C. sono state descritte da Marchiafava e Bignami negli alcoolisti: tali reperti degenerativi non

furono diagnosticati in vita, mancando ad essi una sintomatologia tipica.

I *tumori* costituiscono invece il più autorevole contributo alla fisiopatologia del corpo calloso e solo per mezzo di essi si sono potute gettare le basi di una sindrome del C.C. ormai riconosciuta e ammessa, malgrado le sue incertezze e le sue sfumature.

Dalle varie statistiche risulta che le affezioni tumorali del C.C. generano due grandi ordini di disturbi: gli uni a carico della motilità, gli altri a carico della psiche.

I disturbi di moto sono caratterizzati da emiparesi o tetraparesi: spesso sono state notate delle stimolazioni motrici dal lato opposto all'emiparesi e talvolta tremori generalizzati a grandi oscillazioni, tremori a tipo atassico cerebellare (Mingazzini).

La patogenesi di questi disturbi motori potrebbe essere ricercata sia nella speciale costituzione del C.C. formato di fibre partenti da una data zona corticale e che raggiungono non la zona simmetrica del lato opposto, bensì un territorio più esteso, sia nel fatto che le vie piramidali sono spesso compromesse ora per una vera e propria invasione tumorale ora per una continua forte compressione che la massa tumorale spiega su di loro.

L'*aprassia motoria* (erronea esecuzione di un dato movimento volontario non dipendente nè da paresi, nè da atassia o agnosia o disturbi mentali) è ammessa da molti come sintomo precipuo delle affezioni trabeali Ayala crede che ciò sia dovuto alla lesione delle fibre di cui l'emisfero sinistro, sede dell'armonico fenomeno della eupraxssia, si serve per esercitare la sua azione sull'emisfero destro e che decorrono nel corpo calloso.

In molti casi di tumori e lesioni vascolari trabeali è stata descritta una *atassia trabeale* con disturbi dell'equilibrio e dell'andatura: si può pensare che il sistema trabeale sia deputato ad allacciare zone corticali adibite ad elaborare impulsi motori delicati e complessi: Mingazzini sostiene invece che i disturbi atassici sono dovuti alla pressione e compartecipazione del talamo.

Sono infine da ricordare gli attacchi epilettici, che nei tumori del C.C. si riscontrano molto frequentemente.

I *disturbi psichici* rappresentano forse la principale caratteristica delle lesioni trabeali, malgrado se ne discuta ancora la patogenesi. La sindrome psichica callosa, presente secondo alcuni fino nel 100 % dei casi, può essere così compendiata: apparizione precoce, dissociazione delle idee, bizzarria degli atti e del contegno, disturbi della memoria, modificazione del carattere e variabilità dell'umore. Ma i disturbi psichici possono anche variare e allontanarsi dallo schema suddescritto. Ultimamente Egas Moniz ha stabilito, con l'aiuto di 2 casi propri e di altri 88 tratti dalla letteratura che i tumori del C.C. hanno un tipo di sindrome mentale vario secondo l'età del soggetto, somigliante alla demenza precoce nei giovani, alla paralisi progressiva nell'età media, alla demenza senile per i più avanzati in età.

La *sonnolenza* è presente nel 25 % circa dei casi: essa, che è patognomonica per i tumori del lobo prefrontale, sembra che anche qui sia generata dall'anemia cerebrale per la compressione esercitata dal tumore sugli emisferi.

La *cefalea* è presente nel 50 % dei casi: caratteristico il fatto che essa è accusata ma non lamentata. La *papilla da stasi* è stata riscontrata in una buona percentuale di casi, ma non è costante.

Dati negativi importanti sono: l'assenza di fenomeni a carico dei nervi cranici (la integrità di essi con la presenza dei disturbi sopra segnalati autorizza, secondo Mingazzini, alla diagnosi di tumore del C.C.) e l'assenza di disturbi della sensibilità.

La sindrome, come si vede, è abbastanza netta e definita, ma è essa veramente l'espressione dei tumori del corpo calloso? Il caso descritto dall'A. in cui la sindrome era completa e l'indagine anatomica dimostrò invece un tumore del dotto ipofisario, rende legittimo il dubbio. G. LA CAVA.

La neuralgia del trigemino.

(G. JEFFERSON. *British Medical Journal*, 14 novembre 1931).

La neuralgia del trigemino si verifica con maggior frequenza nel sesso femminile.

Il dolore è sempre unilaterale e generalmente limitato al campo di distribuzione di uno o due rami del nervo.

Talvolta il dolore sconfina dalle zone del trigemino e si diffonde alla nuca ed alle spalle ed anche all'emifaccia controlaterale.

La crisi dolorosa è sempre di breve durata ed è seguita da una fase di completo benessere, ma talora persiste un senso di formicolio o di puntura. In ogni caso nel periodo interaccessionale il paziente vive in uno stato di paura di ritorno del tormento, e questa apprensione persiste a lungo anche dopo la cura radicale.

Il dolore è suscitato da un contatto, da un soffio di vento, da un movimento, così che il ridere, il parlare, il mangiare diventa una pena.

In qualche paziente si stabilisce una pseudoparalisi facciale: la faccia assume una maschera quasi parkinsoniana, che però è determinata da un'inibizione difensiva volontaria.

Il dolore è puntorio, lancinante come se lunghi aghi fossero conficcati nella carne.

Il dolore è *sui generis* specifico della neuralgia, e le differenti descrizioni più che a

vere rarità corrispondono al differente modo di esprimersi dei pazienti.

Certo è che esso è essenzialmente diverso dalle comuni sensazioni di bruciore, di martellamento, di peso, e dal dolore persistente dato dalle lesioni infiammatorie.

Anzi quando un paziente usa una di tali espressioni per indicare il suo dolore si deve sospettare che non si tratta di una neuralgia essenziale del trigemino, ma di una neuralgia secondaria a qualche processo morboso locale.

Spesso durante i gravi attacchi di dolore si hanno contrazioni irregolari della muscolatura facciale, che però solo di rado sono caratteristicamente spastiche o cloniche. Al riguardo bisogna tener presente che vi sono forme di spasmi facciali dolorosi legati a lesione del VII. Ma in queste forme il dolore è contemporaneo o successivo, mentre nelle neuralgie del trigemino precede sempre il fatto sensitivo.

Con la cessazione del dolore si ha lagrimazione, salivazione e arrossamento della faccia (fase simpatica).

Gli intervalli tra un accesso e l'altro sono di durata piuttosto lunga e variabile: settimane, mesi ed anche anni.

Gli accessi si verificano più frequentemente in primavera ed autunno, meno nelle giornate fredde che in quelle calde.

Il dolore è anatomicamente ben limitato. S'inizia più frequentemente nel campo di distribuzione della seconda branca.

La prima branca raramente è colpita per la prima. Molti sofferenti di neuralgia grave lamentano un dolore sull'occhio alla fronte. Ma si tratta di una diffusione del dolore della seconda branca. Il dolore alla tempia ed anche alla fronte accusato da alcuni può originarsi nel ramo auricolo-temporale della terza branca e dal ramo zigomatico-temporale della seconda.

La non compartecipazione del ramo oftalmico nella neuralgia primitiva è di notevole importanza per il trattamento, perchè consente di risparmiarne la distruzione con gran vantaggio del paziente.

Il dolore della seconda branca colpisce le parti molli della faccia e specialmente il labbro superiore e la narice. Quando è compromessa tutta la branca, compreso il ramo palatino posteriore il dolore si diffonde a tutta la gengiva superiore, alla tempia, al naso, all'occhio.

Il dolore della terza branca è localizzato all'osso ed alla gengiva. È un dolore profondo. Quasi costantemente è risparmiata la lingua.

Una forma di neuralgia del trigemino atipica è quella nella quale il dolore non è accessionale ma costante, ed è costituito da un senso continuo di scottatura. Questo dolore ha spesso il punto di maggiore intensità nell'occhio con diffusione alla fronte, alla faccia, al cranio, alla nuca, alla spalla ed al braccio. Spesso è bilaterale. È bene precisare la diagnosi di questa forma perchè essa non si giova del trattamento chirurgico.

Un decorso accessionale analogo a quello del trigemino ha la neuralgia glosso-faringea. In questa il dolore è generalmente localizzato nella profondità dell'orecchio e alle fauci. Questa neuralgia si cura con la resezione del glosso-faringeo.

La neuralgia post-erpetica negli individui giovani passa senza lasciare traccie, ma negli anziani persiste, assumendo il carattere della descritta neuralgia atipica del trigemino e come questa non si giova dell'intervento chirurgico, a meno che non abbia un carattere accessionale.

Molto interessante è la diagnosi differenziale tra neuralgia del trigemino essenziale e neuralgia dipendente da tumori o leptomeningite in prossimità delle radici del nervo nella fossa posteriore da tumori o aneurismi prossimi al ganglio di Gasser nella fossa media, da ipertrofie nasofaringee o di altre parti infiltranti i punti di uscita dei rami del nervo. Il punto principale si è che nella neuralgia essenziale manca ogni alterazione della sensibilità obiettiva della cute, all'infuori di una certa iperestesia, mentre nelle altre forme si ha quasi sempre anestesia. Il dolore dovuto a lesione dentaria cessa curando quest'ultima. Nelle affezioni maligne della bocca spesso si ha un forte dolore neuralgico, che si cura con successo con la sezione del nervo. Deve essere infine ricordata la neuralgia del trigemino che talvolta occorre nelle sclerosi a placche che si giova del trattamento chirurgico.

La cura della neuralgia del trigemino mediante la gasserectomia totale si è mostrata in pratica piena di pericoli: alta mortalità e disturbi trofici della cornea.

Hutchinson ha perfezionato il metodo asportando solo i due terzi inferiori del ganglio il che assicura la preservazione della branca oftalmica e della relativa porzione di ganglio. Questa operazione si è mostrata più vantaggiosa perchè la neuralgia essenziale della branca oftalmica è rara o è una semplice diffusione della neuralgia della seconda branca; perchè evita la cheratite neuropatica consecutiva alla completa denervazione della cornea; ed infine perchè si evita il principale pericolo dell'operazione, ossia la lesione del seno cavernoso. In effetti il ganglio di Gasser, con la sua parte anteriore e superiore si trova nella parete del seno cavernoso, ed il ramo oftalmico lo attraversa. Non si può asportare l'intero ganglio senza ledere il seno, da ciò l'alta mortalità data dalla gasserectomia totale.

Ancora minore probabilità di ledere il seno si ha praticando la sezione della radice del nervo nel suo percorso extradurale, operazione consigliata da Spiller e perfezionata da Frazier e Adson.

La sezione totale della radice sensitiva porterebbe gli stessi inconvenienti della gasserectomia totale, inerenti alla denervazione della cornea.

È perciò che Frazier ha suggerito di eseguire l'operazione rispettando le fibre sensitive che si distribuiscono all'occhio. Adson ha perfezionato la tecnica risparmiando anche la radice motoria.

Le fibre nervose che decorrono nella radice del trigemino hanno una distribuzione pressochè costante nei varii individui: le fibre della branca oftalmica si trovano nella parte più interna e superiore, quelle della terza branca si trovano in basso ed infuori e quelle della seconda occupano la parte intermedia. La radice motoria sta dietro quella sensitiva, la incrocia dall'alto in basso per modo che non si trovano a contatto con le fibre sensitive della seconda branca nel punto dove queste devono essere operate.

Sezionando in questo punto la radice sensitiva ossia nella porzione mediana, cioè solo nella parte nella quale decorrono quasi esclusivamente le fibre della seconda branca si produce l'anestesia di due terzi della faccia e della metà inferiore della cornea. La parziale residua innervazione della cornea è sufficiente ad evitare la cheratite neuroparalitica.

La cura con l'iniezione di alcool, che prima degli ultimi perfezionamenti tecnici sopra accennati, si praticava su larga scala, deve essere oggi riservata solo ai casi nei quali non è possibile intervenire chirurgicamente, ossia solo negli individui molto vecchi o sofferenti di altre malattie.

Sta di fatto che l'alcoolizzazione periferica per lo più non dà risultati vantaggiosi, e quella del ganglio di Gasser, non dà effetti sicuri. In ogni caso l'alcoolizazione compromette anche l'esito dell'operazione chirurgica che si rendesse eventualmente necessaria. DR.

Pupille di Argyll-Robertson vere e false.

(W. J. ADIE. *The British Medic. Journ.*, 25 luglio 1931).

Il fenomeno di Argyll Robertson vero è segno infallibile di sifilide. Però pupille che reagiscono all'accomodazione e non alla luce si possono avere in malattie non in rapporto colla sifilide. Per diminuire questa apparente contraddizione è necessario definire esattamente il fenomeno di Argyll Robertson.

Se si definisce l'Argyll Robertson come pupilla che reagisce all'accomodazione e non alla luce, esso si trova non solo nella sifilide, ma anche nell'emorragia cerebrale, nella trombosi cerebrale, nei tumori, nella mielite, nella demenza arteriosclerotica e in quella senile, nell'idrocefalo interno, nella meningite, nella sclerosi disseminata, nei traumi, nella siringomielia, nell'atrofia muscolare progressiva, nella polioencefalite, nell'encefalite letargica, nella malattia di Friedreich, nell'alcoolismo cronico, nel diabete, nell'avvelenamento da nicotina e da solfuro di carbonio.

Ma seguendo esattamente quanto ha detto Argyll Robertson stesso, il suo segno diventa inequivocabile. I quattro casi da lui descritti nel 1869 riguardavano individui che erano miotici, ed avevano la retina sensibile. Questo rende falsi Argyll Robertson quei casi osservati in occhi non miotici o ciechi. Nell'Argyll Robertson tipico la pupilla si contrae rapidamente e completamente nella convergenza e poi si ridilata rapidamente, non si modifica colla quantità di luce, e rimane invariata per mesi, mentre il falso Argyll Robertson varia ogni tanto di ampiezza. Inoltre nel vero i midriatici agiscono lentamente e la pupilla può avere contorno regolare o irregolare.

La presenza dell'Argyll Robertson da un lato solo ha valore patognomonico di lues quando ha tutti i caratteri suindicati.

Le pupille che non reagiscono nè alla luce nè alla convergenza si dicono fisse. Sono parzialmente fisse quelle che reagiscono meglio alla accomodazione che alla luce; si tratta di falsi Argyll Robertson (così il pseudo Argyll Robertson traumatico o pupilla di Axenfeld, da lesione del III nervo cranico) e bisogna stare attenti a non prenderlo per un vero Argyll Robertson.

La pupilla miotonica va nettamente individuata per non considerare vero un Argyll Robertson falso. La pupilla miotonica è per lo più unilaterale, un po' più larga della controlaterale (mentre quella di Argyll Robertson vera è sempre più stretta perchè miotica); essa appare fissa a luce ordinaria, ma dopo una lunghissima esposizione al buio reagisce alla luce. Così pure si ha più spesso, nella pupilla miotonica, reazione all'accomodazione quando l'occhio è stato in riposo. R. LUSENA.

Genesi e meccanismo del dolore viscerale.

(H. BENARD e H. BIANCANI. *La Tribune Médicale*, 11 novembre 1931).

Gli organi ed i tessuti non hanno lo stesso grado di recettività al dolore. La pelle è quella che possiede il più alto grado di sensibilità dolorosa: seguono le sierose, i vasi, i muscoli, le ossa, i tendini, le articolazioni ed infine i parenchimi la cui recettività è minima.

Per quel che riguarda la cute sono noti la natura degli stimoli algogeni e le vie che seguono detti stimoli fino a raggiungere i

centri nei quali si trasformano in sensazioni dolorose.

Le eccitazioni dolorose sono indirizzate verso il midollo attraverso le fibre nervose in parte amieliniche che si raccolgono quasi tutte nelle radici posteriori e di qui raggiungono la sostanza grigia delle corna posteriori. Di qui arrivate al midollo allungato in parte formano il fascio spino-talamico e le altre entrano nella sostanza reticolare formata dai nuclei grigi bulbarï. Ma tutte raggiungono i talami ottici dove terminano, e donde partono altre fibre che conducono le sensazioni alla corticalità.

I talami ottici costituiscono il centro principale del dolore. Questo centro ha per funzione essenziale di ricevere tutte le impressioni somatiche superficiali (extrocettive) e profonde (propiocettive) e di conferire loro un carattere affettivo.

Gli agenti capaci di suscitare una sensazione dolorosa sono di natura meccanica (puntura, pizzico, torsione, stiramento, pressione), fisica (freddo, caldo, elettricità), chimica (acidi e caustici).

Ma non tutti gli organi reagiscono a queste eccitazioni. La pelle è capace di avvertirle tutte, ma si può impunemente tagliare e contundere l'intestino senza provocare reazioni dolorose.

D'altra parte la sensibilità viscerale si differenzia da quella cutanea anche perchè le sensazioni dolorose sono localizzate ad un punto differente da quello dal quale è partito lo stimolo.

Sta di fatto che la sensibilità viscerale ha caratteristiche tutte proprie la cui interpretazione ha dato luogo ad ipotesi e teorie.

Gli AA. riassumono e lumeggiano la quistione, alla quale scienziati inglesi ed italiani hanno apportato i più seri contributi.

Il sistema nervoso vegetativo allo stato normale non è dotato di sensibilità cosciente. Le sue fibre afferenti hanno il compito di avvertire i centri dei bisogni nutritivi e della attività funzionale degli organi in rapporto alle modificazioni che in essi si verificano. Tutto ciò senza che l'individuo ne abbia consapevolezza, o avendone solo una coscienza indefinita, oscura.

Ma se in un organo si produce una reazione anormale subito la sensibilità latente si risveglia. Così un aumento brusco della tensione muscolare di un grosso organo cavo (cuore, stomaco, intestino, vescica), di medio calibro (vie biliari ed urinarie, appendice, salpingi) o di piccolo calibro (arterie e capillari) dovuto a fenomeni di spasmo (tensione attiva) o di distensione (tensione passiva) scuote il ricco plesso situato nelle pareti di questi organi.

Ma questa eccitazione quando diventa sensazione dolorosa non è generalmente localizzata solo nell'organo stesso, ma nelle parti vicine ed in determinate regioni della superficie cutanea.

La proiezione cutanea dei dolori profondi è stata oggetto d'interessanti ricerche sperimentali e cliniche.

Le manifestazioni cliniche più comuni di queste proiezioni dolorose sono costituite dall'angina pectoris nella quale il dolore riflesso si ha nel territorio del nervo cubitale e dalle affezioni gastriche nelle quali ordinariamente il punto doloroso è intrascapolare.

Head ha dimostrato che le affezioni degli organi profondi provocano dolori, iperestesia ed ipertermoestesia in territori cutanei analoghi per distribuzione a quelli nei quali si manifestano le eruzioni erpetiformi la cui origine ganglionare e radicolare è ben nota.

La topografia radicolare di questi territori cutanei, chiamati dermatomi è ben definita.

Ciascun organo è in relazione con un dermatoma determinato.

Un'eccitazione algogena originatasi a livello d'un segmento viscerale (splancnomera) e condotta al midollo attraverso il simpatico, è proiettata verso il segmento cutaneo (dermatoma) corrispondente al viscere, seguendo le vie delle radici sensitive cutanee. E ciò perchè le terminazioni delle fibre afferenti viscerali sarebbero in rapporto con il neurone midollare, al quale fanno capo anche le fibre afferenti cutanee del dermatoma corrispondente.

Le obiezioni a questa teoria avanzate dal Mackenzie non furono poche. La teoria stessa fu seriamente scossa in seguito alle esperienze di Lemaire.

Questi riuscì a sopprimere in qualche minuto dolori viscerali mediante l'anestesia novocainica delle regioni cutanee nelle quali il dolore era risentito.

Il fenomeno di Lemaire fu confermato da altri autori, particolarmente italiani, che, ottennero il medesimo effetto sostituendo agli anestetici (cocaina, stovaina, novocaina) agenti meccanici (ventose, massaggio, cauterizzazione, percussione), agenti fisici (raggi ultravioletti ed infrarossi), agenti chimici (soluzione alcalina), vasodilatatori (pilocarpina, atropina, acetilcolina) e vasocostrittori (adrenalina).

Sicard e Lichtwitz spiegarano il fenomeno con un doppio meccanismo: shock umorale modificante l'eccitabilità vegetativa generale ed in particolare la vaso-motricità midollare; e inibizione dei centri lateromidollari, mediante eccitazioni cutanee.

Verger sostenne essere il dolore viscerale una conseguenza di un riflesso viscere-vasomotore cutaneo: l'eccitazione d'un organo attraverso si propagherebbe ad un centro riflessogeno vasomotore del midollo e di qui al dermatoma corrispondente; l'eccitazione va-

so-motrice si risolverebbe in una modificazione vasale in corrispondenza dei corpuscoli sensitivi cutanei, modificazione vasale che agirebbe come uno stimolante algogeno su i corpuscoli stessi provocando così la sensazione dolorosa.

Più fondata e più convincente è la ipotesi della trasmissione corpuscolare del dolore viscerale avanzata da Sfameni e Lunedei.

Sfameni e Ruffini nel 1905 misero in evidenza rapporti sensitivo-vegetativi alla periferia. Il corpuscolo sensitivo è costituito da due reticoli di fibre nervose: il reticolo cerebrospinale e quello vegetativo i quali alla periferia, come lo sono al centro, sono in stretti rapporti funzionali.

Il corpuscolo sensitivo funzionerebbe a mo' di sinapsi in quanto tra i due reticoli si producono influenze reciproche di natura chimica o fisico-chimica.

Sfameni e Lunedei fondandosi su questi fatti sostengono che gli impulsi viscerali trasmessi dalle vie afferenti fino al midollo sarebbero riflessi fino al corpuscolo sensitivo provocando modificazioni chimiche o fisicochimiche che agiscono come eccitanti sulle fibre sensitive del sistema di relazione.

Il dolore viscerale sarebbe dunque la conseguenza di un riflesso viscero-sensitivo cutaneo.

Sulla scorta dei dati anatomici, sperimentali e clinici Lunedei e Giannoni hanno classificato i dolori viscerali in tre gruppi:

1) Dolori cutanei.

Sono dolori riferiti, alla pelle e sono di solito ben localizzati dal malato, piuttosto violenti, avvertiti come punture, scottature, strappamento.

Sono paragonabili alle sensazioni dolorose prodotte dalle eccitazioni cutanee dirette.

Si trasmettono dal sistema vegetativo a quello di relazione a mezzo dei corpuscoli sensitivi cutanei secondo lo schema di Sfameni e Lunedei.

Cessano in seguito all'applicazione di vari agenti sulla pella.

2) Dolori profondi.

Sono riferiti agli organi interni, non sono localizzati con precisione, sono per lo più tardivi ma talvolta molto violenti, non sono accompagnati da iperestesia cutanea.

Non cedono alle azioni dirette sulla pelle. La trasmissione avviene direttamente dal viscere ai centri superiori.

3) Dolori a distanza.

Hanno caratteri comuni ai dolori cutanei e profondi. Sono localizzati alla periferia, in territori ben determinati e spesso accompagnati da iperestesia. D'altra parte non sono influenzati dalle differenti azioni sulla pelle ed in particolare dall'anestesia novocainica.

La trasmissione di questi dolori si fa secondo lo schema di Mackenzie.

Lunedei e Giannoni infine rilevano che fra i dolori fondamentali (cutanei e profondi) hanno un carattere speciale quelli delle sierose, di cui distinguono due tipi di localizzazione: il dolore epicritico ed il dolore della sede di elezione.

Il primo è localizzato in una regione della pelle direttamente corrispondente alla lesione sierosa, come ad esempio nella peritonite cronica localizzata. Il secondo è indipendente dalla lesione sierosa ed ha sede costante: ad esempio nella pleurite si ha la « puntura » localizzata in una piccola zona situata al terzo inferiore della parete toracica e di solito ad un solo punto corrispondente ai dermatomi. D_6, D_7 e raramente D_5 e D_8.

Nelle affezioni di origine non sierosa i dolori possono essere essenzialmente profondi, o profondi e cutanei contemporaneamente o alternativamente secondo l'intensità dell'impulso algogeno. Sono localizzati nella linea mediana (dolori del tubo digerente) o lateralmente (dolori del fegato, dei reni, degli ureteri).

I dolori a distanza occupano spesso un dermatoma o la metà destra o sinistra di una cintura dermatomica.

Le recenti nozioni sulla genesi ed il meccanismo d'azione del dolore consente di meglio comprendere il modo d'azione dei diversi agenti terapeutici e precisare la loro indicazione.

La cura dovrà agire: 1) sul processo patologico che provoca il dolore; 2) sulla via di trasmissione della sensazione dolorosa; 3) sull'attività reattiva dei centri nervosi.

Si è visto come la maggior parte dei dolori degli organi cavi sono dovuti ad un'aumento improvviso della tensione della musculatura liscia della parete dell'organo. L'antispasmodico per eccellenza è la belladonna.

Le azioni antalgiche che si oppongono alla trasmissione dei dolori viscerali ai centri superiori, come si è visto, sono meccaniche (ventose, massaggi, cauterizzazioni, percussioni), chimiche (soluzioni alcaline), anestesiche (cocaina, stovaina, novocaina), vaso-dilatatrici (pilocarpina, atropina, acetilcolina) vaso-costrittrici (adrenalina), fisiche (raggi ultravioletti ed infrarossi), applicate tutte su i territori cutanei determinati in rapporto ai varî dolori viscerali.

La sospensione dell'attività reattiva dei centri nervosi si ottiene con le iniezioni di morfina e con la cloroformizzazione. DR.

Importanza del fegato nell'azione regolatrice del tono della vita vegetativa.

(DANIELOPOLU et MARCON, PROCA et BRAUNER. *La Presse Médicale*, agosto 1931).

Premesso che uno dei fattori più importanti che regola il tono della vita vegetativa e che contribuisce a mantenere costante l'e-

quilibrio funzionale degli organi innervati dal sistema vegetativo è rappresentato dal mezzo umorale nel quale circolano le diverse sostanze immesse nel torrente circolatorio dagli organi ad innervazione vegetativa, gli AA. si domandano se esistano degli organi o dei tessuti atti a regolare la composizione del mezzo umorale, in ciò che concerne le sue proprietà vegetative.

Le loro ricerche, pertanto, indirizzate in questo senso, si sono volte sopratutto allo studio del fegato, di cui è già nota l'azione antitossica.

Risulta da queste ricerche che l'adrenalina e l'acetilcolina iniettate nella vena periferica, nell'arteria periferica, nell'arteria renale, nella vena porta e nell'arteria epatica, hanno comparativamente azione più energica quando l'iniezione viene praticata nella vena periferica. Il fegato, più che ogni tessuto periferico o altra ghiandola, trattiene le sostanze iniettate.

Se sia la cellula epatica o il sistema reticolo endoteliale ad esercitare questa azione di arresto, gli AA. non possono ancora dire, ma essi ritengono, in base alle loro esperienze, che non possa venire esclusa l'azione della cellula epatica.

Circa poi il destino ulteriore di queste sostanze trattenute nel fegato gli AA. ammettono l'ipotesi che il compito del fegato sia di immagazzinarle e di versarle poi in maniera regolare, e in proporzioni al bisogno, nel torrente circolatorio.

Gli AA. mettono anche in rilievo le modificazioni del tono vegetativo che si hanno nella bradicardia itterica e l'aumento costante della colina nel sangue, per il fatto che la cellula epatica ha perduto la capacità di immagazzinarla. Come hanno dimostrato gli AA. la colina ha un'azione amfotropa e a certe dosi questo amfotropismo predomina sul parasimpatico. Sovente però la bradicardia itterica è dovuta a iposimpaticotonia o a ipoamfotonia o ad altre modificazioni del sistema nervoso vegetativo. È forza ammettere allora che l'insufficienza epatica che accompagna l'ittero infettivo benigno colpisce in differenti maniere il meccanismo regolatore del fegato per ciò che concerne la sua azione di equilibrio sul tono vegetativo. M. TRIPODI.

DISCUSSIONI IMPORTANTI.

Il trattamento dell'esaurimento nervoso.

Su questo argomento venne tenuta una seduta alla Chelsea clinical Society, sunteggiata in *British med. journ.*, 2 maggio 1931.

E. F. BUZZARD. La diagnosi di « esaurimento nervoso », si può dire che non è mai stata fatta dall'O., trattandosi di una condizione che egli ben difficilmente si sentirebbe in grado di trattare. Anche il dire che l'esaurimento nervoso è una specie di neurastenia non fa che spostare la questione, perchè il termine di « neurastenia » non fa che coprire un insieme di stati morbosi che si rassomigliano clinicamente ma che richiedono interventi terapeutici diversi.

Il paziente che arriva dal medico con una diagnosi di esaurimento nervoso viene trovato generalmente indenne da segni di malattia organica del sistema nervoso o da gravi malattie di altri organi a cui si possa attribuire il suo malessere. I suoi sintomi consistono in una facilità alla stanchezza, fisica e mentale, deficiente concentrazione, difficoltà di prendere una decisione, diminuzione della memoria, mancanza di interesse per le sue cose; egli afferma di essere depresso, talvolta agitato, irritabile, intollerante per i rumori, si lamenta di inquietudine, di cefalea, di dispepsia, costipazione, palpitazioni, con dolori vaghi in varie parti del corpo.

L'affermazione che il paziente soffre per il superlavoro sarebbe accettabile da lui e dai suoi familiari, ma si deve osservare che la stanchezza da uno sforzo mentale eccessivo è fisiologica piuttosto che patologica e che da essa ci si rimette rapidamente sotto l'influenza del riposo. I dati sperimentali dimostrano che scompare rapidamente, sicchè il superlavoro va scartato come fattore frequente di esaurimento nervoso.

Più spesso, la causa può essere riferita a preoccupazioni di carattere personale od emozionale, che provoca una neurosi d'angoscia. Si attribuisce spesso l'esaurimento ad una tossiemia cronica, ma i risultati del trattamento di questa non sono sempre soddisfacenti; ad ogni modo, è bene di tener presenti e di trattare a dovere tutti i possibili disturbi presenti, anche se essi non abbiano a che fare con l'esaurimento.

Ma la grande maggioranza dei pazienti che ricorrono per un consiglio per il loro « esaurimento nervoso » appartengono ad una delle due categorie: la neurosi di angoscia e la forma maniaco-depressiva. Soltanto facendo una esatta distinzione fra queste due forme, si potrà adottare un trattamento adatto. L'ostacolo principale per riconoscere la psicosi maniaco-depressiva è dato dal nome poco fortunato a cui si associa subito l'idea del manicomio, sicchè la maggior parte di questi ca-

si vengono designati come « neurastenia ». L'A. preferisce la denominazione di *depressione autonoma*, paragonandola alla depressione dello stato ansioso.

Il disturbo, quale si presenta nella pratica giornaliera presenta ogni grado di intensità, dalla condizione dell'individuo normalmente soddisfatto che va soggetto ad una malinconia occasionale a quella del paziente per cui si attesta che egli soffre di mania o di melanconia. La distinzione fra queste due forme può essere fatta soltanto in base ad un'accurato esame della storia e dei sintomi, tenendo il debito conto dei suicidi e dell'alcoolismo in famiglia. L'O. è convinto che molti alcoolisti sono essenzialmente dei maniaci-depressivi e che appunto perchè tali sono degli alcoolisti.

Una distinzione fra le due forme può essere fatta tenendo presente che il neurotico ansioso si presenta dal medico spontaneamente e con speranza, mentre il maniaco-depressivo gli viene condotto contro la sua volontà, affermando che egli non è malato, ma è venuto soltanto per fare piacere alla moglie. Il neurotico attribuisce la sua malattia alla trista sorte od a gente maligna, mentre lo psicotico accusa soprattutto sè stesso. Il neurotico è più adatto a ricercare la distrazione ed a risentirne un beneficio temporaneo, mentre lo psicotico evita la distrazione ed i rapporti sociali. La depressione, nel caso dello psicotico è sempre maggiore al mattino; il sonno può non essere disturbato, ma il risveglio è orribile. Invece, l'ansioso dorme male.

Il *trattamento* dipende dalla causa. Se l'esaurimento è realmente causato dal superlavoro e non vi sono complicazioni, il riposo ed il cambiamento possono essere vantaggiosi. Se vi è qualche focolaio settico, va rimosso. Nel caso che l'esaurimento sia connesso con l'angoscia, si richiede un trattamento attivo, fra cui va inclusa una qualche forma di psicoterapia, basata sopra un'investigazione mentale accurata e prolungata. Se l'angoscia non può essere risolta, si tenterà una qualche forma di compensazione, di riadattamento, di sublimazione. L'O. non mostra grande fiducia nella psicoanalisi, pure rilevando che una certa analisi del contenuto mentale deve essere fatta per determinare ciò che è essenziale da ciò che è secondario.

L'individuo affetto da depressione autonoma ha bisogno di cure assidue; l'investigazione mentale, necessaria in casi di neurosi, deve essere evitata in tal caso, perchè lo porterebbe alla disperazione. Un orecchio di buona volontà, pronto a risentire la stessa miserevole storia ogni giorno, una simpatia che non si stanca, l'incoraggiamento ed un certo grado di esortazione, tale deve essere il contributo che il medico può dare al suo paziente. Non vi è nessuna altra condizione in cui la visita del medico sia tanto necessaria e così apparentemente inutile; è bene, ad ogni modo, che questo lavoro e la responsabilità siano, in tal caso, divise fra due o più medici.

T. SMITH. La serie delle possibili cause menzionate dal precedente O. va allargata, includendovi la possibilità di tubercolosi latente, di carcinosi, anemia, insufficienza miocardica, ipotensione ed arteriosclerosi. Oltre all'angoscia ed allo stato maniaco-depressivo, vanno tenuti presenti la neurosi ossessionale e l'isterismo puro e semplice senza angoscia. Può anche darsi che si tratti di un'autoaccusa dovuta a pregressa masturbazione anche in periodo remoto.

P. SEYMOUR-PRICE. Si domanda se l'esaurimento nervoso non sia che un puro e semplice esaurimento dell'energia nervosa, il caso di un sistema nervoso realmente stanco che il riposo ed il trattamento adatto fanno scomparire del tutto. Nessuna maraviglia che l'uomo di affari o la donna moderna diventino degli « esauriti » che non vanno classificati come neurotici ansiosi o maniaco-depressivi, ma semplicemente come gente normale che ha esaurito le sue energie nervose.

CAMPBELL MACCLURE ricorda un'osservazione di P. Janet che un uomo può esaurirsi nervosamente tanto discutendo con sè stesso quanto in un pubblico comizio; il superlavoro combinato con l'ansia esauriscono indubbiamente il sistema nervoso.

E. C. YOUNG rileva la frequente associazione di questi casi con dei disturbi gastrici e ritiene che quasi in tutti si trovi il tipo atonico. Egli ritiene che se si potesse sempre guadagnarsi la confidenza del paziente, metterlo a riposo in letto, curare bene il suo sistema digerente e per un certo tempo farlo dormire bene, si potrebbero avere buoni risultati.

C. E. SUNDELL richiama l'attenzione sui frequenti casi di bambini che soffrono di esaurimento nervoso; tali casi non possono essere considerati come neurosi d'angoscia, nè maniaco-depressivi, mentre egli dice, sono troppo giovani perchè si possa pensare alla masturbazione. Si tratta invece semplicemente di un sistema nervoso che, per una ragione o per l'altra, si è stancato. Vi è realmente un tipo di sistema nervoso che è incapace di resistere ad un dato sforzo fisico o mentale, quasi che il sistema nervoso dell'uomo dipendesse dal « tipo del filo di rame usato nel suo sistema elettrico ».

F. J. MC CANN osserva che il vero tipo dell'esaurimento nervoso si ha come risultato del lavoro ordinario. Vi sono donne che sono completamente esaurite dalla funzione riproduttiva, in cui si può escludere ogni infezione

focale; tali casi sono di difficile trattamento ma, ad ogni modo, la terapia ghiandolare può essere molto utile. Altre si esauriscono assistendo la madre vecchia, compito che diventa sempre più difficile con l'andar degli anni; alcune di queste soffrono di un tipo di esaurimento nervoso di difficile trattamento.

F. BUZZARD, rispondendo ai precedenti OO. osserva che un medico generico può vedere in un anno una cinquantina di casi di forme maniaco-depressive, pur senza riconoscerle o chiamandole con altro nome; per questo, egli ha insistito su tale argomento. I suicidi sono generalmente casi di questa forma, ma il medico non lo riconosce, mentre l'ansioso non si suicida. Egli ammette di non aver dato grande importanza al puro esaurimento nervoso forse perchè tali pazienti non arrivano fino a lui, bastando di solito per essi il riposo ed il bromuro. Concorda con Sundell sulla frequenza dell'esaurimento nervoso nei bambini. *fil.*

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

F. CANTANI. *Il liquido cefalo-rachidiano.* Un vol. di pag. 252. Napoli. Casa Editr. V. Idelson. 1931. Prezzo L. 25.

A nessuno sfugge oggigiorno l'enorme importanza che ha acquistato l'esame del liquido cefalo-rachidiano nella clinica e nella pratica quotidiana. Basti pensare alla possibilità di scoprire per mezzo dell'esame di esso la lues nervosa, la tabes e la paralisi progressiva, nel loro periodo sierologico, prima che qualsiasi sintonia morbosa si sia manifestata e di curarle in conseguenza con molte più probabilità di successo che non quando il morbo si è completamente dichiarato, per comprendere come l'importanza annessa oggi in clinica all'esame del *liquor* non sia priva di fondamento.

Questa sempre maggior diffusione della pratica dell'esame del liquor è però un po' ostacolata dalle difficoltà della tecnica e dalla precisione assoluta da essa richiesta e dall'enorme numero di metodi e di tecniche che fanno restare perplesso chi si accinge alla scelta di uno di essi.

Mancava in Italia un trattato che desse notizia completa di ogni ricerca, anche la più recente, sul liquido cefalo-rachidiano e d'altra parte esponesse chiaramente e succintamente i vari metodi e le varie tecniche anche le modernissime, per l'esame di esso, essendo nel tempo stesso una guida ed un consigliere per il neofita che si volesse addestrare in queste ricerche. Se non fosse una espressione ormai vieta e comune, direi che questo volume del Cantani colma la lacuna: in esso è esposta in succinti e lucidi capitoli, tutta la estesa moderna letteratura scientifica che riguarda la fisiologia, la patologia, la tecnica di estrazione, la tecnica per le ricerche cliniche, fisiche, sierologiche, batteriologiche e biologiche del liquido cefalo-rachidiano.

Nè è questo un manuale di semplice e pura compilazione, chè l'A. ha dato notevoli contributi personali alla soluzione dei vari problemi che egli vi tratta ed ha sperimentato a lungo i metodi di ricerca e di esame che vi espone, vagliandone l'importanza, i vantaggi e gli errori.

Libro da consigliarsi non solo a chi al laboratorio intende dedicarsi, ma anche al medico pratico affinchè abbia esatta cognizione del valore dell'estrazione del *liquor* sia nella terapia che nella pratica diagnostica.

G. LA CAVA.

E. BENASSI e E. RIZZATTI. *La spondilosi rizomelica. Rivista di Patologia nervosa e mentale.* Firenze, 1931.

Lavoro monografico corredato di abbondante casistica.

Gli autori definiscono la sindrome rizomelica, ne fissano i caratteri differenziali dalle malattie analoghe, ne discutono l'etiologia.

L'ultimo capitolo è dedicato alla terapia.

Numerose e chiare radiografie illustrano il testo. DR.

H. DEVINE. *Recientes adquisiciones en psiquiatria.* Editore Morata, Madrid.

L'A. espone chiaramente e compiutamente tutti i progressi fatti negli ultimi anni sulla essenza psicologica di molti disturbi mentali e i loro riferimenti somatici, sulle costituzioni biopsichiche, sull'importanza dell'incosciente ed infine sulle cure psichiche ed organiche delle psicopatie. DR.

A. ADLER. *Die Technik der Individual Psychologie.* Editore J. F. Bergmann, Monaco. Prezzo M. 10.

Questa seconda parte dello studio dell'insigne psicologo è dedicata all'analisi dello spirito dello scolaro difficilmente educabile.

Espone la natura delle anomalie di questi soggetti, la loro origine ed indica i metodi atti a correggerle.

Lavoro schiettamente originale, che s'impone per la profondità dei concetti e che merita d'essere conosciuto da medici ed educatori. DR.

E. DONATO. *Homosexualismo.* Un vol. in-16° di 131 pp., J. Morata. Ed. Madrid, 1931.

Il piccolo libretto rappresenta una buona battaglia contro l'antipatica attitudine del noto scrittore francese André Gide il quale, spe-

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

cialmente nel suo volume « Corydon » tende a giustificare l'omosessualismo, non soltanto come fatto, ma anche come diritto e propone addirittura la pederastia come rimedio a certi vizi dell'attuale società!

L'A. ribatte con numerosi argomenti questo modo di vedere, osservando giustamente che il parlare di « istinto omosessuale » equivale a parlare di « istinto della cocaina »... Ed ha fatto opera buona, tanto più che in certi ambienti, per snobismo o decadentismo, tali tendenze possono anche dilagare ed, al pari di ogni altra malattia, questa forma patologica va combattuta. *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

I Congresso Neurologico Internazionale.

(Berna, 31 agosto-4 settembre 1931).

I Tema. — **I metodi di diagnosi e di terapia nei tumori cerebrali.**

J. Purves-Stewart (Londra). — Ha illustrato alcune vedute generali. Una lesione cerebrale a carattere progressivo può dare sintomi per tre differenti vie: o per distruzione di tessuto nervoso (evenienza relativamente poco frequente), o per spostamento meccanico degli elementi nervosi adiacenti, o per ripercussioni sulla circolazione del sangue e del liquido C. S. E questa è la causa abitualmente più importante. Questi disturbi di circolo possono, a loro volta, causare la comparsa di sintomi clinici in due maniere: per compressione sui vasi sanguigni adiacenti o per intervento sui processi d'assorbimento del liquor. L'eventualità che più precocemente può presentarsi è una stasi venosa locale, che dà sintomi d'*irritazione*, mentre più tardi, l'obliterazione dei capillari causata dal progressivo aumento di pressione, e la conseguente anemia locale causano dei fenomeni di *paralisi.* Perciò un neoplasma, nel suo progressivo aumento, è la causa di una formazione di una zona *paralitica,* circondata da una sottile zona di *irritazione.* Quanto alla latenza dei sintomi in parecchi tumori, essa è dovuta al piccolo volume iniziale del neoplasma e all'assuefarsi del tessuto cerebrale a un difetto di circolo progressivamente aumentante. La varietà dei modi con cui questo può stabilirsi spiega come a lesioni similari possano corrispondere sindromi cliniche differenti. Quanto ai sintomi generali, essi sono dovuti, più che al neoplasma per sè, allo svilupparsi dell'idrocefalo interno.

La relazione termina con l'illustrazione di vari diagrammi concernenti le funzioni delle singole aree corticali.

Cl. Vincent (Parigi). — *Diagnosi dei tumori ostruenti l'acquedotto di Silvio.* — In alcuni casi l'ostruzione dell'acquedotto di Silvio da tumore si manifesta con sintomi di ipertensione intracranica e con sintomi clinici tali da far indurre la localizzazione della neoplasia (tumori della pineale, della protuberanza, dei tubercoli quadrigemelli). In altri invece non vi sono che segni di ipertensione intracranica senza sintomi clinici di localizzazione. In questi ultimi casi le iniezioni colorate, la ventricolografia, l'encefalografia, permettono spesso di stabilire l'esistenza di un ostacolo del tubo diencefalo-bulbare. Stabilito che sia, è necessario sapere ove si trovi l'ostacolo: zona posteriore, acquedotto di Silvio o terzo ventricolo? In mancanza di segni clinici si ricorrerà ai dati dell'encefalografia e della ventricolografia. La ventricolografia in tutti i casi di ostruzione del tubo diencefalo-bulbare mostra i ventricoli laterali dilatati in modo quasi simmetrico. Se il tumore è al livello del terzo ventricolo, questo non è iniettato o è iniettato incompletamente di aria; se al livello dell'acquedotto o al suo orificio inferiore, il terzo ventricolo è iniettato. Per stabilire infine se l'ostruzione è nell'acquedotto o nella fossa posteriore si ricorre all'encefalografia, che può fornire un dato importante quando l'aria riempirà il quarto ventricolo senza passare nei ventricoli laterali; in questo caso se la ventricolografia ha mostrato un terzo ventricolo iniettato, si può affermare che l'ostacolo è nell'acquedotto.

G. Ayala (Roma). *Sintomatologia neurologica dei tumori subtentoriali.* — Non si può parlare di sindrome tumorale intracerebellare, bulbare, pontina.

Per un orientamento clinico si possono tener presenti le seguenti quattro possibilità nosografiche: una prima forma clinica tumorale subtentoriale è caratterizzata dal precoce stabilirsi e dal rimanere in primo piano dei sintomi di una delle sindromi bulbari o protuberanziali (spesso nei tumori ponto-bulbari); una seconda dalla precocità e dalla unicità dei sintomi a tipo periferico a carico dei nervi VIII, V, VI, VII paio, ai quali seguono i sintomi della serie cerebellare e quelli generali (tumori dell'angolo); una terza dai sintomi generali, cerebellari, vestibolari, che assumono fin dall'inizio un particolare significato localizzatore mentre i sintomi di vicinanza o non si manifestano o compaiono tardivamente (per lo più tumori intracerebellari); una quarta dallo stabilirsi a volte bruscamente dei sintomi generali, cerebellari e vestibolari bilaterali contemporaneamente a disturbi a carico delle funzioni dei nuclei, dei centri e delle vie di passaggio situate al di sotto della fosse romboidea (tumori del verme e del quarto ventricolo).

Foster Kennedy (New York). — *Tumori frontali e temporo-sfenoidali.* — I segni di localizzazione dei tumori del frontale sono spesso vaghi ed ingannevoli. Le alterazioni della personalità sono più frequenti che nelle lesioni di altre regioni cerebrali: una fatuità ingiustificata (segno precoce), il decadimento dei poteri mnemonici, lo stupore parziale con assopimenti frequenti (tuttavia più rari che nei neoplasmi dell'ipotalamo) e frequentissimi sbadigli, sono i sintomi più facilmente osservabili. Caratteristica è anche la perdita del controllo degli sfinteri, non sempre riportabile a lesioni puramente psichiche: Talvolta si nota nel lato opposto, una perseveranza nella tonicità dei muscoli, dopo i movimenti attivi, specie quando il neoplasma interessa la porzione anteriore del corpo calloso. L'aspetto più carat-

Nota. — Si riportano soltanto, dato l'enorme numero delle comunicazioni presentate, le relazioni ufficiali sui quattro temi proposti. Sui giornali della specialità potrà trovarsi il resoconto completo.

teristico della stazione eretta è dato da oscillazioni sui calcagni, con notevole tendenza alla retropulsione. Generalmente i sintomi di natura piramidale sono controlaterali, ma un meningioma posto anteriormente può, esercitando una compressione attraverso la linea mediana, causare la comparsa *omolaterale* di questi sintomi. I disturbi del linguaggio consistono, generalmente, in una difficoltà dell'emissione delle parole senza che il linguaggio interno sia interessato. Tutti questi sintomi, però, possono essere equivoci. Patognomonica, quando sia presente, è, secondo l'O., la seguente sindrome: neurite retrobulbare omolaterale, con scotoma centrale, e grave riduzione del visus, associata ad anosmia od iposmia omolaterale e ad edema papillare controlaterale.

Nei tumori temporosfenoidali, il quadro clinico è dato da: disturbi allucinatori ed illusori a carico del gusto e dell'olfatto, emianopsia a quadrante, talvolta allucinazioni visive, segni di paresi prevalenti al viso, meno notevoli all'arto superiore e meno ancora all'inferiore, disturbi del linguaggio consistenti pevalentemente in: amnesia dei nomi, perseverazione, senza disturbi disartrici e, quasi sempre, anche senza sordità verbale. L'O. finisce la relazione paragonando i ventricologrammi di tumori frontali e di tumori temporosfenoidali, e insistendo sulle differenze sintomatologiche, specialmente riguardo ai disturbi della parola, dell'olfatto e della vista, ai disturbi motori e alle sindromi psichiche.

P. Bailey (Chicago). — *La diagnosi istologica dei tumori cerebrali.* — Tre tipi istologici sono particolarmente da fissare: il *medulloblastoma*, localizzato quasi esclusivamente nel cervelletto del bambino: è formato da piccole cellule a nucleo ipercromatico, che rappresentano la proliferazione tumultuosa dei primi rappresentanti delle cellule nervose: i medulloblasti. Il *glioblastoma multiforme*, il più comune dei gliomi, corrispondente allo spongioblastoma di Globus e Strauss: si sviluppa sopratutto negli emisferi cerebrali. La terza varietà è l'*astrocitoma* o glioma duro degli autori classici, la cui caratteristica è data dall'abbondanza delle cellule nevrogliche fibrillari.

W. Penfield (Montréal). — *I tumori delle guaine del sistema nervoso.* — Discute le varie classificazioni fatte da Wirchow, Cushing, Bailey, Bucy: secondo l'O. i tumori meningei, per la loro struttura istologica e per l'origine mesenchimale delle meningi, sono fibromi o fibroblastomi. Quanto ai tumori dei nervi periferici (gliomi periferici di Lhermitte, Schwannomi di Masson) essi sono quasi sempre, a causa delle fibre collagene che contengono, di natura connettivale. I veri gliomi periferici sarebbero rarissimi.

G. Roussy e Ch. Oberling (Parigi). — *Le principali varietà dei tumori dei centri nervosi.* — Studio istologico e contributo statistico di 250 casi di tumori cerebrali e midollari, suddivisi in cinque categorie: gliomi, tumori ependymo-coroidei; ganglioneuromi, neurospongiomi e neuroepiteliomi.

B. Pfeifer (Halle). — *L'importanza della puntura del cervello per la diagnosi dei tumori cerebrali.* — Secondo l'O. la biopsia cerebrale non è pericolosa: l'emorragia venosa non è da temersi a causa della pressione negativa del sistema venoso endocranico, e, d'altra parte, non è difficile evitare i grossi tronchi arteriosi. La puntura è specialmente utile perchè permette di riconoscere precocemente le trasformazioni neoplastiche e le degenerazioni cistiche.

A. Schüller (Vienna). — Comunica uno studio sui quadri radiografici che si riscontrano in presenza di tumori intracranici.

Ernest Sachs (St. Louis Missouri). — *Importanza dell'indagine roentgen in neurochirurgia.* — Specialmente indica i criteri che devono guidare il medico in quei casi in cui reperto radiografico e dati neurologici si contradicono: e conclude con l'affermare che solo lo studio completo del malato, e non i criteri dati da un solo metodo di indagine, può condurre ad una esatta diagnosi.

H. W. Stenvers (Utrecht). — *Roentgendiagnosi dei tumori della fossa cranica posteriore.* — Conclude con l'affermare che le dimensioni dei tumori dell'angolo non possono essere valutate con il solo esame della rocca, ma solo tenendo presente tutto il quadro clinico, e che i tumori ventricolari e cerebellari, si rivelano specialmente con modificazioni della volta cranica e della sella.

L. Guttmann (Breslavia). — *Encefalografia in presenza di tumori degli emisferi cerebrali e di tumori della fossa cranica posteriore.* — Fa notare il grande valore di questo metodo per la diagnosi precoce di sede, anche in casi a sintomatologia oscura. La diagnosi dei tumori cerebrali si fonda sulle deformazioni impresse ai ventricoli, mentre quella dei tumori della fossa cranica posteriore è chiarita dall'esistenza di un idrocefalo che interessa uniformemente tutte le cavità ventricolari poste a monte dell'occlusione, e da deformazioni del corno ventricolare occipitale che appare respinto verso l'alto.

O. Foerster (Breslavia). — *Ventricolografia nei tumori del mesencefalo e metencefalo e nei pseudotumori.* — L'O. trova il metodo ventricolografico meno pericoloso di quello encefalografico per via lombare o sottoccipitale, però raccomanda di usarlo solo quando sia strettamente necessario.

Rileva come nei tumori delle quadrigemine si abbia il riempimento dei due ventricoli laterali e del III mentre nei tumori di quest'ultimo ventricolo questo non è affatto o solo parzialmente riempito di aria. L'occlusione dei forami di Monro è dimostrata dal mancato passaggio dell'aria da un ventricolo all'altro.

Nei tumori basali comprimenti il III ventricolo si può a volte osservare il pavimento del ventricolo respinto in alto dal tumore.

Conclude facendo notare che per la diagnosi delle varie forme di idrocefalo la ventricolografia non basta e deve essere associata a ricerche di riassorbimento e di diffusione dello iodio.

Francis C. Grant (Philadelphia). — *Encefalografia e ventricolografia.* — L'O. raccomanda di pungere ambedue i ventricoli allo stesso momento onde poterne valutare la capacità e di svuotare completamente il liquor facendolo defluire da un ago mentre dall'altro le cavità sono in comunicazione con l'ambiente. 425 casi di osservazione personale.

E. Moniz (Lisbona). — *Encefalografia arteriosa.* — Esposizione del metodo, delle indicazioni e delle controindicazioni dell'encefalografia delle

arterie. Si ottiene spesso una gran precisione diagnostica, poichè nei diversi casi di tumori cerebrali si hanno diverse immagini arteriografiche: per lo spostamento ad esempio delle arterie, si può fare la diagnosi di tumori dei lobi temporale, frontale, parietale, della regione chiasmatica, della regione della pineale, del cervelletto. Si può inoltre precisare la localizzazione di certi tumori molto vascolarizzati per la visibilità della loro circolazione: si può fare così la diagnosi sia di meningoblastomi sia di altri tumori molto vascolarizzati, ciascun gruppo di tumore avendo un aspetto arteriografico differente.

V. Kafka (Amburgo), e F. Fremont Smith (Boston). — Hanno riferito sullo *studio del liquor C. S. nei tumori intracranici.* — La pressione è aumentata, la pleiocitosi rara, tranne nei tumori degenerati o interessanti le pareti ventricolari. I cloruri e lo zucchero non sono aumentati, il tasso albuminico variabile secondo la situazione del neoplasma, la WR è negativa. L'ascesso cerebrale provoca invece la polinucleosi cerebrospinale. Nei tumori subtentoriali l'albumina può essere aumentata nel liquido prelevato per p.l. mentre è normale in quello ricavato dalla puntura dei ventricoli. Nei tumori sopratentoriali il liquido non presenta generalmente modificazioni patologiche, tranne nei neoplasmi che invadono le pareti ventricolari.

T. de Martel (Parigi). — *Tumori cerebrali. Accidenti post-operatori. Loro meccanismo. Loro cura.* — Gli accidenti post-operatori sono dovuti ad un'ipersecrezione del liquido cefalo-rachidiano, dovuta con ogni probabilità, ad una irritazione del sistema simpatico cerebrale: ogni trauma cerebrale operatorio produce una dilatazione ed una ipertensione ventricolare e probabilmente un'irritazione dei nuclei del pavimento del 3° e del 4° ventricolo. Se si pungono i ventricoli laterali di questi malati la temperatura ritorna normale. Come cura per evitare l'ipertensione è bene procedere ad un drenaggio degli spazi subaracnoidei.

L. Puusepp (Tartu). — *Considerazione sulla cura operatoria dei gliomi cerebrali.* — Illustrazione del noto metodo proposto dall'O. nel 1913 per l'estirpazione operatoria dei gliomi del cervello, colla tecnica dell'exeresi fisiologica.

H. Olivecrona (Stoccolma). Riferisce sui suoi risultati personali nella cura chirurgica dei *gliomi degli emisferi cerebrali.* — Mortalità 20 % all'atto operatorio o subito dopo; 14 % nei due anni seguenti per recidive.

A. Béclère (Parigi). — *La radioterapia dei tumori dell'encefalo.* — La radioterapia è trattamento principe contro gli adenomi dell'ipofisi; trattamento palliativo o profilattico quando il tumore scoperto dal chirurgo è lasciato sul posto parzialmente estirpato o giudicato, dopo estirpazione completa, soggetto a recidiva; trattamento sintomatico contro i tumori presunti con sintomi di ipertensione endocranica.

Hugh Cairns e Stadford Cade (Londra). — Riferiscono sui brillanti risultati ottenuti con la *radiumterapia dei tumori intracranici e specialmnte dei glioblastomi multiformi.*

O. Hirsch (Vienna) tratta della « Radiumterapia dei tumori ipofisari » sia nei malati operati che in quelli non assoggettati ad intervento, ottenendone anche egli degli ottimi risultati.

T. J. Putnam (Boston). — *L'organoterapia nei tumori cerebrali.* — Secondo l'O. l'opoterapia è applicabile con speranza di successo limitatamente ai casi in cui si verificano sintomi ipofisari o della serie vegetativa.

II Tema. — **Il tono muscolare: anatomia, fisiologia e patologia.**

Ken Kuré (Tokio). — *Le vie del tono e le loro terminazioni nei muscoli.* — Il muscolo striato possiede una triplice innervazione: cerebrospinale, simpatica e parasimpatica. Le fibre di questo ultimo sistema provengono dalle cellule del corno posteriore, percorrono le radici posteriori e terminano al ganglio rachideo. Di più partono le fibre postganglionari, che si sfioccano in placche terminali. Anche l'innervazione parasimpatica è, secondo l'O., parte del sistema così detto extrapiramidale.

Gr. Brown (Cardiffe) e S. W. Ranson (Chicago). — Si sono occupati delle *risposte toniche del mesencefalo.* — L'eccitamento faradico del nucleo rosso determina, nel chimpanzè, netti atteggiamenti posturali, che persistono anche a eccitamento cessato. Nel gatto, l'eccitamento del mesencefalo provoca la flessione omolaterale del tronco talvolta così pronunciata che l'anca entra in contatto col capo. A questo atteggiamento si aggiunga la flessione della zampa anteriore omolaterale e della posteriore controlaterale.

G. J. Rademaker (Leyda). — *I fattori che regolano il tono muscolare.* — Il tono muscolare è determinato da eccitazioni labirintiche; da eccitazioni eterorecettive e propriocettive, sia stimolanti che inibitrici; da stimoli ottici e uditivi e da eccitazioni provenienti da differenti organi interni.

L'animale spinale nello stato acuto presenta una abituale e pronunciata ipotonia; nello stato cronico una evidente rigidità di più muscoli: l'azione isolata dei centri midollari può produrre ipertonia; un'influenza dei centri sopramidollari non è necessaria. *L'animale decerebrato* manifesta nelle differenti posizioni un tono esagerato di estensione. Estirpando i nuclei rossi sono aboliti diversi fattori, che normalmente esercitano un'influenza frenatrice sul tono degli estensori.

Nell'animale decerebellato è diminuita l'influenza di diversi fattori inibitori. *Gli animali talamici e striati* non accusano rigidità: sperimentalmente non si è potuta dimostrare un'influenza evidente dei corpi striati sul tono muscolare.

L. Asher (Berna). — Ha analizzato *l'influenza del simpatico sulla muscolatura.* — Particolarmente importante è, secondo l'O., la restituzione funzionale della fibra striata ottenuta sotto l'azione dell'adrenalina, che ha così lo stesso effetto dell'eccitamento meccanico. La critica dei fenomeni determinati sia dalla curarizzazione sia dalla sottrazione di calcio fa ritenere che l'influsso del simpatico si faccia sentire nettamente sulla fibra muscolare. Le fibre simpatiche percorrono le radici anteriori e arrivano alle fibre striate.

D. BROWN (Londra). — *La funzione dei nervi afferenti nel tono muscolare.* — La rigidità da scerebrazione è connessa agli eccitamenti condotti dai filetti nervosi muscolari, propriocettivi. La contrazione muscolare, di qualunque specie, provoca anche essa tali eccitamenti, grazie ai quali il mantenimento del tono muscolare è assicurato. Similmente nei riflessi d'allungamento o di raccorciamento il tono viene regolato dall'attività di queste fibre propriocettive.

M. KROLL e D. MARKOW (Minsk). — *Tono muscolare e cronassia.* — L'adrenalina e il calcio aumentano la cronassia, all'opposto della pilocarpina. Nelle malattie del sistema extrapiramidale gli estensori hanno una cronassia abbassata: nelle lesioni piramidali i flessori sono maggiormente eccitabili negli arti superiori. Nelle malattie del cervelletto gli estensori hanno una cronassia diminuita. Invece la cronassia è aumentata nelle miopatie. L'adrenalina conserva la propria azione anche nei miopatici, la cui funzione muscolare può quindi esser migliorata. Nei miopatici, nei miotonici e nei miastenici la cronassia dei muscoli sorpassa quella dei nervi.

E. A. SPIEGEL (Vienna-Filadelfia). — A proposito della *farmacologia dei centri del tono* afferma che le ricerche dell'avvenire devono essere orientate in vista della scoperta della sede esatta delle modificazioni funzionali provocata dai farmaci.

F. BREMER (Bruxelles). — *Farmacologia del tono muscolare.* — Il tono muscolare può essere influenzato elettivamente da agenti farmacologici. Si può avere: 1) una paralisi elettiva, per iniezione intramuscolare di anestesici locali, degli apparati sensitivi intramuscolari: atonia novocainica di Liljestrand e Magnus, atonia caratterizzata dall'abolizione del riflesso tendineo del muscolo atono e dall'assenza di ogni atassia; 2) l'azione elettiva di deboli dosi di curaro sul tono normale e sulle ipertonie riflesse, atonia questa caratterizzata invece dalla conservazione integrale dei riflessi tendinei. L'iniezione endovenosa di dosi elevate di adrenalina ristabilisce momentaneamente la rigidità di decerebrazione abolita dal curaro. I dati farmacologici infirmano in ogni caso l'ipotesi d'una innervazione del tono muscolare per mezzo del sistema nervoso vegetativo.

A. DONAGGIO (Modena). — *Parkinsonismo encefalitico e lesioni cortico-nigriche.* — Esposizione della teoria cortico-nigrica del Donaggio. Nuovi dati e nuove considerazioni sull'importanza che, insieme al locus niger, ha la corteccia cerebrale, specie frontale, nella sindrome motoria extrapiramidale.

S. A. KINNIER WILSON (Londra). — *Disturbi del tono ai differenti livelli fisiologici.* — Dal punto di vista clinico si possono distinguere molte sindromi, nelle quali il disturbo del tono dipende da lesioni che colpiscono i diversi *livelli fisiologici* del nevrasse. Per es. la diplegia atonica, l'emiplegia ipotonica, l'emitonia apoplettica, la rigidità da scerebrazione, i fenomeni di cataplessia sono sindromi collegate a modificazioni dinamiche o anatomiche del cervelletto, del ponte, del mesencefalo, dei gangli della base.

J. RAMSAY HUNT (New York). — *I sistemi statico e cinetico e le loro relazioni col tono muscolare.* — L'O. illustra le sue note concezioni sulla duplicità del sistema nervoso efferente. Esistono: il sistema cinetico, per la produzione dei movimenti, e il sistema statico, per il mantenimento del tono e della posizione. L'organo centrale per la sinergia naturale dei movimenti è il cervelletto, che fa sentire la sua azione attraverso il peduncolo cerebellare anteriore, il nucleo rosso, la via rubrospinale. Esso è collegato a sua volta alla corteccia cerebrale per le vie fronto-pontina e parieto-temporo-pontina. Quanto al sistema cinetico, esso è rappresentato dalla via cortico-spinale (neocinetico) e strio-spinale (paleocinetico).

F. NEGRO (Torino). — *Il tono muscolare nelle sindromi extrapiramidali.* — L'ipertonicità caratteristica delle sindromi extrapiramidali è prodotta dalla soppressione delle influenze inibitrici dei nuclei sotto-corticali che si esercita per la via dell'arco cerebello-rubro-spinale e per quella dell'arco diastaltico simpatico-midollare.

A. THÉVENARD (Parigi). — *Il fenomeno della « poussée ».* — Riassunto dello stato attuale delle nostre conoscenze su questo fenomeno.

III TEMA. — **Le infezioni acute non suppurative del sistema nervoso.**

O. MARBURG (Vienna). — *Patologia generale.* — Il primo gruppo delle malattie in questione comprende le cosidette infiammazioni degenerative, di cui è il prototipo la sclerosi multipla, nella sua forma acuta e in quella cronica (encefalomielite periassiale sclerotizzante).

Ad essa si aggiungono la sclerosi diffusa di Heubner, la sclerosi centrolobare di Schilder, l'encefalite acuta morbillosa, la neurotticomielite acuta, l'encefalite acuta del ponte e del cervelletto di Redlich.

Il secondo gruppo è caratterizzato da un attivo processo proliferativo della glia, con focolai diffusi sia alla sostanza bianca che a quella grigia: encefaliti del tifo esantematico, della malaria, del tetano.

Il terzo gruppo comprende le *ectodermosi neurotrope* di Levaditi (poliomieliti, encefalite epidemica, Zoster), nelle quali i processi essudativi e infiltrativi sono i più importanti.

G. MARINESCO e S. T. DRAGANESCO (Bucarest). — *Ricerche sulla patologia di alcune encefalomieliti a ultra virus.* — Si è potuta ormai rischiarare la patologia delle encefalo-mieliti da ultra-virus, poichè si è potuto seguire e determinare il meccanismo del passaggio dei virus neurotropi dalla porta di entrata al punto terminale. Non si tratta di una trasmissione meccanica: entrano in giuoco altri fattori quali il volume e la carica degli ultravirus, il pH del tessuto o dei centri nervosi, il potenziale di ossiriduzione. L'O. riassume le sue ricerche sul virus herpetico, su quelle dello zona-zoster e sul virus rabico.

A. WIMMER (Copenhaghen). — *Le infezioni acute non suppurative del sistema nervoso. Parte clinica.* — Forme autonome neurotrope: encefalite epidemica; encefalo-mieliti erpetiche (rarissime), sclerosi a piastre acute; forme intermedie: descrizione dei quadri clinici polimorfi dell'encefalomielite disseminata acuta criptogenetica, discussione della sua autonomia nosologica pretesa e dei

suoi probabili rapporti con la sclerosi a placche acuta e con l'encefelite epidemica; sintomatologia e patologia generali delle encefalo-mieliti post-vaccinali, da varicella e da morbillo.

ANDRÉ-THOMAS (Parigi). — *Il « zona-zoster ».* — Studio clinico, anatomo-patologico, etiologico e patogenetico.

J. G. GREENFIELD (Londra). — *Patologia delle infezioni acute non suppurate del sistema nervoso.* — La classificazione fatta dall'O. è la seguente:

1° gruppo: le infezioni contro le quali il sistema nervoso reagisce in modo simile agli altri tessuti dell'organismo; 2) affezioni legate al virus neurotropo: rabbia, poliomielite, encefalite lebrosica, erpete febbrile probabilmente erpes zoster; 3) affezioni la cui caratteristica istologica è la demielinizzazione, spesso perivascolare: malattia di Schilder, la neurotticomielite diffusa, le encefaliti influenzali e vacciniche, e a forma acuta della sclerosi multipla.

H. PETTE (Amburgo). — *Studio comparativo delle malattie infettive acute, ledenti specialmente la sostanza grigia (Poliomieliti, encefalite epidemica, rabbia, malattia di Borna).* — Virus noto solo biologicamente, non morfologicamente: la reazione del sistema nervoso è identica; l'essenza della malattia varia a seconda delle causali endogene (immunbiologiche) o esogene (locali, climatiche, ecc.). L'elettività del virus per il sistema nervoso è costante, ma la localizzazione varia, a seconda specialmente del modo d'infezione.

LUDO VAN BOGAERT (Anversa). — *Situazione delle encefalomieliti disseminate acute.* — In assenza di prove batteriologiche, le conclusioni anatomo-cliniche conservano il loro valore ed esse non sembrano favorevoli ad una conclusione unicista che farebbe delle encefalo-mieliti disseminate e delle sclerosi a placche una sola ed identica malattia.

V. M. BUSCAINO (Catania). — *Sindromi encefalitiche e sindromi isteriche. Patogenesi.* — Il relatore trae dalla letteratura sulle encefaliti non purulente e a preferenza da quella sulle crisi oculogire postencefalitiche i dati che meglio possono contribuire allo studio della genesi delle sindromi neurotiche a tipo isterico e li compendia nella conclusione della grande importanza delle zone extracorticali (gangli della base e mesencefalo) per la genesi degli elementi più importanti delle sindromi isteriche.

C. v. ECONOMO (Vienna). — *Osservazioni sul problema delle encefaliti non purulente.* — L'O. insiste sulla necessità di studiare le encefaliti più che dal punto di vista sintomatologico, ormai noto e soprattutto uniforme, dal punto di vista biologico. Si notano infatti, in questo campo diversità fondamentali: affezioni la cui sintomatologia è abbastanza simile, come l'encefalite postvaccinica e l'encefalite letargica, si differenziano notevolmente dal punto di vista istologico.

F. H. LÉWY (Berlino). — *L'importanza dei corpuscoli d'inclusione nelle malattie a virus neurotropo.* — L'O. ritiene assai discutibile la teoria che i corpuscoli che racchiudono il protoplasma e le cellule nervose siano caratteristica della malattia a virus neurotropo. Ciò è vero per gli animali: nell'uomo invece lo stesso quadro può aversi per processi involutivi.

L'O., per sue ricerche personali, crede che sul determinismo di queste inclusioni agisca un fattore endocrino; assai probabilmente si tratta dell'ipofisi.

B. BROUWER (Amsterdam). — *La mielite nel vaiolo.* — Illustrazione clinica ed istopatologica di un caso di mielite vaiolosa: notevole il fatto che mentre le lesioni di tipo infiammatorio erano imponenti nella regione lombo-sacrale, il midollo cervico dorsale era in apparenza rispettato.

A. FERRARO e H. SCHEFFER (New York). — *Encefaliti ed encefalopatie nel morbillo.* — Basandosi sui reperti di sei casi personali di encefaliti morbillose, gli OO. affermano che tale affezione si distingue per lesioni ben definite: proliferazioni perivascolari estese alla sostanza bianca e alla corteccia, intensa partecipazione della glia, spiccata degenerazione delle guaine mieliniche. Tuttavia, poichè in due casi tali alterazioni non esistevano e il quadro anatomopatologico era limitato alla distruzione delle cellule nervose, gli OO. concludono che la encefalite morbillosa è certamente dovuta a una tossina esogena.

G. GUILLAIN (Parigi). — Riassumendo le relazioni, conclude che allo stato attuale della questione, alcuni problemi sembrano risolti: p. es. la migrazione delle tossine e dei germi lungo i nervi, e la fissazione elettiva delle tossine su alcuni centri nervosi. Ma rimangono insolute moltissime questioni, le quali richiedono la collaborazione assidua di tutti i ricercatori di scienze biologiche.

IV TEMA. — **La parte del trauma nella produzione di sintomi nervosi.**

O. ROSSI (Pavia). — *Linee fondamentali di traumatologia del sistema nervoso centrale.* — L'O. si sofferma a stabilire quali sono le sindromi neurologiche dovute, in tutto od in parte, all'azione del trauma sul tessuto nervoso; quali sono le alterazioni che i traumi producono nelle strutture anatomiche del sistema nervoso e quale è il meccanismo di produzione di queste alterazioni. Riguardo alla prima questione l'O. tratteggia solo due sindromi meno frequenti: quella da rottura dei vasellini intrapiali e quella da ipotensione traumatica. In rapporto alla seconda dopo aver ricordato le principali alterazioni di origine traumatica lumeggiando il significato clinico di quelle discusse dal punto di vista nosologico, mette in rilievo come finora sia stata data troppo poca importanza alle eventuali modificazioni delle fibre dette a graticciata e riferisce su alcuni dati in proposito. Si sofferma poi a riferire sugli effetti anatomici che i traumi producono sui protoplasmi. In riferimento alla terza questione riassume le dottrine più importanti. Sostiene, parlando dell'effetto meccanico del trauma, che l'importanza della « teoria delle vibrazioni » non può essere disconosciuta. Mette in evidenza poi lo scarso valore attribuito finora agli effetti chimici,

diretti od indiretti del trauma. Pone quindi in rilievo la parte che possono avere i fenomeni a tipo allergico nella produzione delle manifestazioni sia cliniche che anatomiche tardive. L'O. fin dal 1911 ha prospettato la possibilità della formazione di autoneurotossine, confermata da studii posteriori.

C. P. SIMONDS (Londra). — *Commotio cerebri. Diagnosi e cura delle sindromi consecutive ai traumi cranici.* — Le sindromi di commozione cerebrale possono clinicamente dividersi in due grandi gruppi: 1) lo stupore traumatico acuto, caratterizzato dall'oscuramento della coscienza, che persiste per uno o più giorni dopo il trauma; 2) il corteo dei sintomi minori che costituiscono la prova dell'avvenuto scuotimento meccanico del cervello: vertigini, ambliopia, cefalea, il carattere doloroso che assumono alcune sensazioni, per es. la visiva ed uditiva. Il problema, tuttora insoluto, consiste nel conoscere la parte causale delle modificazioni del l.c.i. e importanza delle alterazioni dirette delle cellule e delle fibre nervose. Attualmente i fatti positivi impediscono di affermare seriamente l'importanza di una o di un'altra patogenesi.

O. VERAGUTH (Zurigo). — *L'influenza del trauma nella genesi di alcune malattie nervose.* — Per traumatismo deve intendersi l'insieme delle modificazioni provocate nell'organismo dall'applicazione brutale di una qualunque forza estranea. Per ciò che riguarda il sistema nervoso, tali modificazioni vanno studiate non solo nell'asse cerebro spinale, ma anche nei nervi periferici, nel sistema simpatico e nella sfera psichica. Naturalmente la vulnerabilità al trauma è variabilissima, secondo le circostanze etiologiche associate Per ciò che concerne i rapporti di causalità tra il trauma e la sindrome neuropsichica susseguente, l'O. propone il seguente schema: 1) la sindrome n. p. è la conseguenza esclusiva del trauma; 2) lo choc crea una disposizione del sistema nervoso favorevole allo svilupparsi di una malattia; 3) il trauma scatena una latente predisposizione costituzionale morbosa; 4) il trauma accelera o aggrava l'andamento di una malattia preesistente. Naturalmente, dal punto di vista pratico, riesce molto difficile applicare tale schema, come pure è sconsigliabile fidarsi delle statistiche, generalmente incomplete e tendenziose. Le malattie, nell'etiologia delle quali deve in parte riconoscersi l'azione esercitata da un traumatismo, sono: il morbo di Parkinson, la sclerosi laterale amiotropica, la sclerosi a placche, l'epilessia, alcune tossicosi e alcune infezioni del sistema nervoso, specialmente la tabe e la p.p.

P. DEL RIO-HORTEGA (Madrid). — *Alterazioni della neuroglia consecutive ai traumatismi.* — In ogni ferita del tessuto nervoso nella prima fase di distruzione i gliociti lesi presentano i caratteri di tumefazione somatica ed autolisi dei prolungamenti; nella seconda fase di riparazione proliferano e tendono a formare un tessuto cicatriziale.

La microglia si comporta in modo diverso: nelle ferite gli elementi microgliali si conservano indenni, entrano in attività macrofagica e sbarazzano il territorio leso dai detriti cellulari, dalle parti necrosate e dalle emazie preparando così la formazione della cicatrice neuroglica. Come la neuroglia manca assolutamente di funzione fagocitaria così la microglia manca di funzione cicatriziale.

Le fasi della cicatrizzazione cerebrale sono: entrata in funzione rapida, precoce ed intensa della microglia; proliferazione lenta della neuroglia e formazione di una trama vasculo-connettiva.

F. NAVILLE (Ginevra). — *Le sindromi neurologiche dovute ai traumi elettrici industriali.* — L'O. studia i sintomi neurologici nell'ordine della loro apparizione: il disturbo iniziale della conoscenza; le convulsioni iniziali; le sindromi periferiche immediate; le sindromi cerebrali in rapporto con scottature croniche profonde; i sintomi encefalici; le nevriti tronculari periferiche; le mieliti; le atrofie nevritiche lente.

JEAN LHERMITTE (Parigi). — *La commozione midollare.* — Si hanno sindromi spinali curabili, sindromi regressive ecc.

Riguardo alla localizzazione lesionale sono state descritte commozioni cervicali, emiplegica, monoplegica e diplegica brachiale, commozioni dorsali, lombari e sacrali.

Manifestazioni cliniche si possono avere tardivamente, dopo anni dalla *commotio medullae*: amiotrofie progressive, siringomielie, idromielie, atassia motrice, aracnoidite sierosa. Le lesioni sono a focolaio e diffuse. Le prime emorragiche e malaciche, le seconde sono determinate da disintegrazione delle cellule e sopratutto delle fibre mieliniche e amieliniche della sostanza grigia e bianca e delle radici spinali. Queste lesioni hanno una diversa evoluzione: i focolai malacici ed emorragici si stabiliscono, poi si circoscrivono in un tempo assai corto; le lesioni degenerative proseguono durante lunghi mesi la loro evoluzione.

L'O. si sofferma a studiare il meccanismo patogenetico.

A. V. SARBÓ (Budapest). — *Le alterazioni strutturali del sistema nervoso dovute al trauma, studiate con l'esperienza della guerra.* — Per spiegare la presenza di segni organici *transitorii* post-traumatici, dovuti certamente a modificazioni delle cellule e delle fibre nervose e nevrogliche, impossibili a rivelare collo studio microscopico, l'O. ammette la cosidetta *lesione microstrutturale*, che può essere riparata in toto e che, da sola, può spiegare alcuni particolari aspetti del quadro clinico. Queste lesioni, capaci di sospendere più o meno la funzione, e suscettibili di una perfetta *restitutio ad integrum*, costituiscono un termine di passaggio fra le alterazioni anatomiche grossolanamente riconoscibili e le lesioni molecolari ammesse già da Charcot. Esse costituiscono la base della commozione cerebrale; ed è da ricordare che possono essere il primo principio di gravi affezioni neurologiche come la paralisi agitante. Sull'esistenza delle lesioni microstrutturali l'O. insiste particolarmente, per affermare che i sintomi di commozione cerebrale non sono dovuti a una nevrosi (nel senso corrente della parola) ma ad alterazioni istologiche finissime, riparabili. Queste possono colpire anche i nervi periferici e provocare così disturbi motori, sensitivi, e trofici.

D. PISANI - V. CHALLIOL.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

Associazione della malattia di Raynaud con sintomi cerebrali.

L. Carp (*Arch. of surg.*, marzo 1931) ricorda come vi siano dei casi di morbo di Raynaud in cui, accanto ai segni elastici a carico delle estremità esistono sintomi a carico del sistema nervoso centrale quali cefalee intense, emiplegie, convulsioni, ed anche paralisi di respiro e del cuore mortali. Spesso tali sintomi sono transitorii, tal'altra rapidamente funesti. Nei casi in cui fu eseguita la necroscopia il reperto fu quasi negativo: fu solo constatato un ispessimento delle meningi.

Il caso dell'A., appartiene a tale tipo. Si trattava di una ragazza ricoverata in clinica per m. di Raynaud in cui comparve un emiplegia scomparsa dopo poche ore e a due giorni di distanza una paralisi di respiro e di cuore rapidamente mortali. L'A., senza voler dare una spiegazione di cura avanza l'ipotesi di turbe vasomotorie cerebrali analoghe a quelle periferiche.

V. GHIRON.

Mielite lombo-sacrale post-vaccinale con esito in guarigione.

Ne descrive un caso H. Gounelle (*Paris Méd.*, n. 33, 15 agosto 1931), insorto in un soldato di 21 anni il quale era stato sottoposto alla rivaccinazione Jenneriana 16 giorni prima. L'esito fu in guarigione, dopo un mese e mezzo di degenza, durante il quale si ebbe una ricaduta, con ricomparsa dell'intera fenomenologia.

Nella discussione del caso l'A. riporta le varie vedute patogenetiche fin qui emesse, secondo le quali le manifestazioni nervose postvaccinali potrebbero essere dovute al virus vaccinico stesso o ad altro virus neurotropo preesistente nell'organismo, e riattivatosi a causa della vaccinazione stessa. (Leggasi a tal proposito la rivista più recente di G. Sampietro in: *Annali d'Iigiene*, luglio 1931, sulle Encefaliti postinfettive. *Nota del R.*).

Pur dichiarandosi riservato nell'esprimere il proprio giudizio su tali diverse concezioni patogenetiche, l'A. tiene a porre in rilievo, per l'insegnamento pratico che se ne può trarre, il fatto che in tutti i casi di nevrassite postvaccinale esistette una pustula esageratamente sviluppata al punto d'inoculazione.

M. FABERI.

Mielite postvaccinale.

Ne descrive un caso T. W. Brocktank (*The Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, 25 luglio 1931). Si trattava di un bambino di 6 anni che tredici giorni dopo la vaccinazione antivaiolosa cominciò a sentirsi stanco. Il giorno seguente aveva febbre e vomito; la sera non poteva muovere i due arti inferiori, che oltre ad essere paralitici erano flaccidi. C'era abolizione della sensibilità fino a livello del 7° segmento dorsale e i riflessi degli arti inferiori erano aboliti, mentre erano normali agli arti superiori. C'era rigidità nucale. Nulla a carico dei nervi cranici. Psiche normale. Il liquor, che aveva pressione normale, era di colore paglierino, aveva 2 di globulina, Wassermann e Kahn negativo, 50 cellule nel sedimento e cultura negativa.

Ebbe per alcuni giorni febbre alta. La paralisi di senso e di moto persisteva ancora sei mesi dopo. Solo i disturbi della sensibilità si ridussero nel senso che giungevano in alto all'ombellicale trasversa.

Oggi si ritiene, come dice l'A. commentando il caso, che la causa delle mieliti postvaccinali non dipenda dal vaccino ma che si tratti di un'infezione intercorrente.

Le lesioni anatomiche di questi casi sono diverse da quelle dell'encefalite epidemica e somigliano molto a quelle che si possono avere nel morbillo e nella scarlattina.

R. LUSENA.

La sciatica.

Mentre alcuni classificano le sciatiche in primarie o essenziali e secondarie o sintomatiche, Sicard basa la sua classificazione su dati anatomici e le divide in alte, medie e basse (l'alta dipende da lesione posta tra ganglio della radice posteriore e origine del plesso, la media e la bassa da lesione del plesso o del tronco nervoso). Putti invece attribuisce la sciatica primaria ad alterazioni dei forami o delle articolazioni intervertebrali.

V. Coates (*The Practitioner*, novembre 1931) ritiene che se si vuol conservare la classificazione di sciatica primaria e secondaria, bisogna dare il nome di secondaria a quella da lesione dei forami e ritenere primaria solo la forma in cui la causa ci sfugge. L'altre forme dovrebbero essere menzionate colla malattia fondamentale: p. e. diabete con neurite sciatica, o artrite delle vertebre lombari con dolore sciatico. L'A. vuole anche che si distingua la nevralgia sciatica dalla neurite sciatica.

Alcuni casi di sciatica dipendono, secondo Llewellyn, da fibrosite (infiammazione di tessuto fibroso che riguarda gli involucri e i tessuti interstiziali del nervo).

Però ci sono casi in cui si palpano noduli fibrosi dolorosi e si ha sindrome sciatica e i noduli risultano essere intramuscolari o sottocutanei e il dolore ha origine da questi noduli.

Per la cura, nello stadio acuto non si devono fare massaggi, nè applicazioni di diater-

mia nè ionizzazioni, mentre, sono utili applicazioni calde superficiali (antiflogistine, fanghi, unzioni). Se esistono focolai infettivi, questi vanno curati. Nelle forme croniche il massaggio locale sotto doccia e la diatermia possono giovare. R. LUSENA.

L'ambliopia tossica alcoolico-nicotinica.

Può essere causata dall'alcool o dal tabacco o dall'azione di entrambi. È caratterizzata da una diminuzione dell'acutezza visiva centrale e dall'esistenza di uno scotoma centrale bilaterale per i colori, particolarmente il verde ed il rosso.

L'individuo ha difficoltà a leggere ed a fare un lavoro di precisione, ma non è disturbato nelle occupazioni correnti della vita. Il campo visivo periferico è normale, mentre è toccata soltanto la visione centrale.

Per fare l'esame dell'individuo, gli si chiude uno degli occhi e lo si fa fissare, con l'altro occhio, un piccolo indice colorato, che non viene percepito, mentre il paziente lo vede quando l'indice viene spostato alla periferia del campo visivo. Il fondo oculare rimane a lungo normale.

Con la soppressione totale dell'alcool o del tabacco, i fenomeni regrediscono e si può avere la guarigione completa. Se invece le cause di intossicazione persistono, l'acutezza visiva diminuisce progressivamente e la papilla si decolora parzialmente. Non si arriva però mai alla cecità completa.

La diagnosi, osserva P. Veil (*Journ. des praticiens*, 6 giugno 1931), è facile ed è basata sull'integrità del fondo oculare, sul doppio scotoma centrale e sugli antecedenti. Si ricercheranno gli altri segni di impregnazione etilica (incubi, tremore, pituite, ecc.).

L'evoluzione lenta e progressiva differisce da quella delle nevriti retrobulbari, anch'esse caratterizzate dallo scotoma centrale. Nei diabetici, si può osservare pure un'ambliopia, che però è ad evoluzione più rapida.

Per la cura, oltre alla soppressione della causa, prescrivere, mattina e sera, XV gocce di tintura di noce vomica oppure delle iniezioni di stricnina. *fil.*

TERAPIA.

Trattamento dei lacunari.

I lacunari sono dei malati affetti da piccoli ictus che non lasciano se non delle paralisi transitorie, connessi con lesioni di endoarterite ateromatosa diffusa che provocano incidenti diversi: disturbi della parola, paralisi ora a sinistra ora a destra, paraplegie, stati demenziali. La malattia dura parecchi anni (4-5) prima di portare alla morte.

Il trattamento, oltre al criterio specifico che deve sempre esser tenuto presente, è quello del rammollimento cerebrale. Igiene alimentare severa, lassativi quotidiani (solfato di sodio, sale di Seignette, un cucchiaino al mattino a digiuno).

Si prescriverà dello joduro di potassio a piccole dosi 20-30 cg. al giorno, per 20 giorni al mese: un cucchiaio ai due pasti principali di una soluzione di joduro a 3 grammi per 200 di acqua distillata. Nei 10 giorni seguenti, iniezione quotidiana di acetilcolina aa 10 cg.

Il rimedio più attivo è il cauterio alla pasta di Vienna, che si applicherà sotto il deltoide, di preferenza sul braccio sinistro. Tale pasta si prepara stemperando 15-20 grammi di polvere di Vienna (calce viva) in alcool (40-50 cmc.) fino a consistenza di mastice semifluido. Si applica un pezzo di diachilon di 10 × 15 cm., in cui si pratica un foro largo quanto un paio di franchi su cui si applica uno strato della pasta che si lascia per 20 minuti.

Si leva il tutto, si lava e si fa cadere l'escara per mezzo di compresse spesse di garza imbevute di acqua calda e ricoperte da taffetà gommato. L'escara si distacca poco a poco a partire dal 15° giorno. Quando è caduta, si lava mattina e sera con acqua bollita e si applica uno strato di pomata epispastica su garza secca.

Si mette della pasta isolante attorno alla piaga in caso di rossore periferico. La suppurazione che così si forma, sarà mantenuta per sei mesi. Essa forma una specie di ascesso di fissazione che sarà prolungato, in considerazione della lentezza dell'evoluzione. Nei rammollimenti cerebrali e nei lacunari, che sono dei rammolliti a ricadute frequenti, questa medicazione dà buoni risultati.

(*Journ. des praticiens*, 28 nov. 1931). *fil.*

Direttive nella prevenzione e nella cura delle neurosi semplici.

M. Fremont-Smith (*Americ. Journ. of the Medic. Sciences*, agosto 1931) ritiene che il medico internista non debba rinunziare senz'altro ad occuparsi dei disturbi psichici di molti malati che ricorrono a lui convinti di avere una malattia organica. Il medico deve in questi casi interessarsi ai disturbi del malato e cercare di spiegarglieli. Sarà facile fargli comprendere il meccanismo di alcuni disturbi, come, p. es., il pallore o il rossore, la diarrea o la pollachiuria in rapporto colle emozioni. Così il paziente potrà anche essere indotto a raccontare dettagliatamente quali sono i suoi disturbi psichici (fobie, ecc.).

Le emozioni, tanto in pace che in guerra, dànno alterazioni funzionali di organi interni. L'educazione avuta in famiglia nell'infanzia ha certo molta importanza nel determinare l'emotività di un individuo. Bisogna sopra tutto non abituare i bambini a ritenersi una figura centrale su cui converge tutta la vita familiare, perchè questo può essere dannoso non solo negli anni di scuola, ma anche più tardi.

I problemi del sesso costituiscono spesso causa di neurosi, quando essi, per errore di metodo educativo, sono stati posti come cose di cui ci si debba vergognare.

R. LUSENA.

Il solfato di magnesio in neurologia.

Lo ione magnesio può esplicare la sua azione su qualsiasi parte del sistema nervoso, diminuendone l'eccitabilità. La paralisi da magnesio è caratterizzata da una perdita dell'attività riflessa, della sensibilità e della coscienza, mentre il respiro e l'attività cardiaca restano inalterati. I sali di magnesio, quindi, occupano una posizione intermedia tra i veleni paralizzanti il sistema nervoso e i comuni narcotici. Ma anche l'applicazione locale di magnesio paralizza i nervi periferici motori e sensitivi, probabilmente spostando gli ioni calcio, dato che un'aumentata introduzione di magnesio aumenta l'eliminazione di calcio per le urine. Parimenti si sa che l'avvelenamento da magnesio si combatte con la somministrazione endovenosa di calcio.

Le prime applicazioni del magnesio nella terapia del sistema nervoso furono fatte nel tetano, per combattere i fenomeni meningei, iniettando nello speco 5-10 cmc. di soluzione al 40:100.

E. Haase (*Die Med. Welt.*, n. 42, ottobre 1931) riferisce i dati della sua esperienza in proposito.

Egli usò soluzioni ipertoniche, sia introducendo 100-200 cent. cubici di sol. 40-45:100 per via rettale, in sospensione mucillaginosa e con aggiunta di tintura d'oppio, sia per via endovenosa, in dose di 3 cmc. di sol. 40:100 unita a 7 cmc. di sol. 40:100 di zucchero, diminuendola in caso di pressione cerebrale non troppo elevata, e ripetendola al massimo una volta nello spazio di 14 giorni.

I fastidi subiettivi del malato durante l'iniezione diminuiscono allorquando questa è fatta lentamente.

L'azione più evidente del farmaco si svolge a carico dei disturbi per aumentata pressione endocranica, specialmente nella meningite sierosa, nel cosidetto pseudotumor e nell'idrocefalo acuto; meno evidente invece nei tumori cerebrali.

La casistica riportata dall'A. riguarda per l'appunto tali forme morbose, le quali furono tutte più o meno rapidamente influenzate favorevolmente.

M. FABERI.

Il salicilato di sodio nelle sindromi coreiche acute.

L. Cornil (*Le Bull. méd.*, 28 nov. 1931) ha ottenuto eccellenti risultati con l'uso delle iniezioni endovenose di salicilato di sodio nelle sindromi coreiche acute (corea di Sydenham e corea gravidica). In bambini da 8 a 10 anni ha usato 20 cg. al giorno di salicilato di sodio sciolto in soluzione fisiologica od in siero glucosato, iso- od iper-tonico. In alcuni casi gravi, è arrivato a 30 ed anche 50 cg.: in un ragazzo di 16 anni, fino ad un grammo al giorno.

Il miglioramento si è verificato fra la settima e la decima infezione. Scompaiono dapprima i movimenti anormali, e, nei casi gravi, si assiste rapidamente all'attenuazione dello stato mentale particolare dei coreici.

Si comprende che l'igiene generale, il riposo in letto con isolamento, il regime e le precauzioni abituali di ogni trattamento salicilico sono da osservarsi rigorosamente.

Unico inconveniente si è che il trattamento non può essere fatto in tutti i bambini, a causa del piccolo calibro delle vene, per cui l'A. vi dovette rinunciare in sei casi. Ha allora somministrato il salicilato per via orale a dosi giornaliere di 6-8 grammi, a partire dai 10 anni, con aumento progressivo e sorvegliato. Insieme ad esso ha somministrato il bicarbonato di sodio (20-80 grammi al giorno). In tali condizioni, non ha mai osservato fenomeni di intolleranza.

fil.

La cura della corea colla provocazione della febbre.

Lucy Porter Sutton (*The Journ. of Americ. Medic. Assoc.*, 1° agosto 1931) ha osservato un caso di guarigione rapida della corea in un ragazzo che aveva avuto febbre irregolare per un certo tempo. L'A. partendo da questa osservazione ha curato 24 casi di corea col vaccino antitifico, dato col solo scopo di provocare la febbre, e poi anche col vaccino antitifico-antiparatifico.

Mentre nei casi non sottoposti a questa cura si aveva durata media della malattia di 35 giorni per i casi lievi, 46 giorni per quelli di media gravità e 67 giorni per i casi gravi, nei casi curati col vaccino antitifico si ebbe durata rispettivamente di 7 giorni, 7 giorni e 14 giorni.

R. LUSENA.

La cura della poliomielite.

Il trattamento precoce della poliomielite si dovrebbe fare col siero di convalescenti o di malati che hanno superato da poco la malattia.

Nel periodo acuto della malattia è necessario il riposo. Se sono colpite le gambe il paziente dovrebbe stare in letto almeno sei mesi.

La poliomielite può accompagnarsi a dolori. Questi si cureranno con sedativi, se molto forti, o coll'immobilizzazione se compaiono colle contrazioni muscolari.

L'apparecchio di immobilizzazione è utile per prevenire atteggiamenti viziosi da prevalenza degli antagonisti, ma si deve rimuovere ogni giorno per fare un bagno agli arti paralitici, per strofinarli con alcool e far loro compiere dei movimenti passivi.

Quando ricompaiono i movimenti perduti, il paziente non dovrà strapazzarsi. Molto utile è il far fare tentativi di movimento nell'ac-

qua calda; così qualche volta si compiono movimenti che alla temperatura ordinaria dell'ambiente sono impossibili.

J. Ruhräh (*The Journ. of the Americ. Med. Assoc.*, 24 ottobre 1931) ritiene che un segno di fatica sia l'aumento della quantità delle urine, specialmente di quelle notturne, e che ogni volta che questo si verifichi in un poliomielitico, egli deve stare in letto per alcuni giorni. R. Lusena.

Effetti tossici del luminal.

Ad una donna di 47 anni, per uno stato di ipertensione, venne somministrato per un mese, tre volte al giorno del luminal alla dose di 3 cg. Alla fine del mese, comparsa di un'eruzione di orticaria alle braccia ed alle gambe, dopo di che il luminal venne sospeso. L. Pearson e S. Pemberton (*Lancet*, 21 marzo 1931) che riferiscono questo caso, dividono il decorso successivo per periodi di settimane. Nella prima, eruzione di orticaria, che diventò poi eritematosa e morbilliforme; temperatura fra 37°,2 e 38°,9; dolori addominali, vomito, diarrea, iperpnea persistente e notevole, comparsa di albumina, corpi cetonici e zucchero nell'urina.

Nella seconda settimana, l'eruzione diventò scarlattiniforme, la febbre continuò, ai sintomi gastro-intestinali, si aggiunse l'emorragia rettale; ingrossamento delle ghiandole linfatiche; fegato ingrossato e sensibile.

Nella terza settimana, l'eruzione incominciò ad impallidire ed a desquamare, ma la paziente era sempre in cattive condizioni con persistenza di febbre, di albuminuria e dei sintomi gastro-intestinali e lingua secca e fessurata. Il miglioramento non si ebbe che a partire dalla seconda settimana; ogni tanto, si ebbe ricomparsa dell'eruzione, a forma maculare. Scomparvero la glicosuria e l'albuminuria.

Si mise in opera una medicazione sintomatica; fra i medicamenti più efficaci gli AA. ebbero vantaggi con la contramina ed il calcio; nella diarrea, che fu uno dei sintomi più inquietanti, si ebbero buoni effetti con la creta preparata. *fil.*

L'importanza dell'ipopressione negli interventi chirurgici sul cervello e il midollo spinale.

La respirazione di aria a pressione inferiore alla pressione atmosferica è seguita da un abbassamento molto notevole della pressione venosa delle grosse vene e dei seni cerebrali. R. Nissen (*Arch. Klin. Chir.*, vol. 162, pag. 329) ha applicato praticamente questi effetti facendo respirare dell'aria a ipopressione di — 20 cm. d'acqua a pazienti che venivano sottoposti a interventi nel cervello e nel midollo spinale. Ha osservato come conseguenza una diminuzione molto notevole dell'emorragia venosa, una riduzione di volume del cervello e una minore perdita di liquor. Consiglia l'applicazione del metodo come adatto a diminuire l'emorragia negli interventi sul sistema nervoso. P. Valdoni.

SEMEIOTICA.

La fosfaturia come indice di una componente costituzionale di nevrosi.

J. Aiginger (*Revue neurologique*, ott. 1931) ritiene che la fosfaturia possa, in certi casi, essere l'espressione di un vizio organico. Egli ha studiato la questione con un metodo empirico, paragonando gli stati psichici nello stesso momento con gli esami di urina in diverse circostanze (dopo il sonno, durante il riposo a letto, durante il lavoro).

Ha così trovato che in tutti i fosfaturici, si ha un temperamento nervoso simile. Secondo Kretschmer, le disposizioni psichiche elementari sarebbero un'espressione della costituzione. Un altro fatto nel corso delle nevrosi caratteristiche che si accompagnano a fosfaturia, è dato dall'anamnesi dei malati mentali di psicosi degenerativa. Si osserva, di fatto, negli ascendenti il fattore costituzionale sotto forma di manifestazioni tubercolari.

Tali fatti rendono conto del parallelismo osservato nei disturbi psichici ed in quelli urinari dei fosfaturici e dei postencefalitici; sotto l'influenza di forti emozioni, si vedono i disturbi psicomotori sostituiti da disturbi motori. La fosfaturia sostituisce così la sua spontaneità assente con un aumento degli istinti affettivi. Ciò mette in evidenza la predominanza di una funzione sottoposta alla predominanza di una parte del cervello.

Anton ha mostrato con quanta facilità queste regioni cerebrali possono cedere ad un sovraffaticamento, fatto che si manifesta allora con un alterazione funzionale di compenso. Nel fosfaturico, tale compenso appare come un'ipereccitazione e suscita un aumentato bisogno di rilasciamento, di sonno, ecc., in mancanza del quale, compare la reazione psicologica esogena. In questa specie di processo patologico, la costituzione corporea del malato e la vitalità degli ascendenti forniscono la soluzione. L'ascendente ha un aspetto cachettico e così pure il malato che ha spesso delle stigmate degenerative o di rachitismo. Si tratterebbe di un disturbo embrionario, di cui anche la fosfaturia sarebbe l'espressione.

L'A. mette in guardia contro il trattamento psicoanalitico di questi malati, che non sopporterebbero tale fardello psichico a causa del loro temperamento analitico. Lo studio dei grandi riflessi condizionali cerebrali domanda maggiore riflessione; essi sono particolarmente delicati nei fosfaturici e costituiscono così il substrato fisiologico della maggior parte dei sintomi nervosi. *fil.*

Il fenomeno di Bell.

Consiste, come è noto, nella rotazione involontaria verso l'alto di ambedue gli occhi. Dalle ricerche di B. Slotopolski (*W. Z. Neur.*, vol. 125, 1930) risulta che esso può contribuire alla diagnosi di paralisi del facciale. Nella forma periferica, esso è aumentato ed è anche intenzionale quando si chiudono leggermente le palpebre, mentre normalmente si ha soltanto quando le palpebre vengono serrate. Nella paralisi di origine centrale, il fenomeno manca del tutto. *fil.*

VARIA.

La neurosi rivoluzionaria della Spagna attuale.

Ha trattato questo argomento di attualità nella sua prolusione al corso di clinica delle malattie nervose, il prof. R. Roya-Villanova a Saragozza (*Rev. españ. de med. y cirugia*, dic. 1931). Egli osserva che i due concetti di neurosi e di rivoluzione si corrispondono e non sono che la proiezione alla gran massa del popolo di quella psicosi di rivendicazione che si studia come una forma di delirio nei paranoici; naturalmente, essa appare meno pura in quanto che, oltre al fatto che si tratta dell'anima collettiva, si aggiungono le azioni dei profittatori che vengono a pescare nel torbido. Essa è in contrapposto di un'altra neurosi, il cesarismo; entrambe esistono fin dai remoti tempi del *totemismo* e del *tabù* ed appartengono agli stadî inferiori dell'umanità.

Ma, osserva l'A., la massa non ha nella rivoluzione che una parte secondaria e cita, a tale proposito, le vedute del nostro C. Malaparte che, nel suo recente libro sulla « Tecnica del colpo di Stato », sostiene che la rivoluzione si fa con un pugno di uomini disposti a tutto, abituati alla tattica dell'opposizione e pronti a colpire rapidamente e duramente i centri vitali dell'organismo statale; truppe di assalto composte di meccanici, elettricisti, telegrafisti, all'ordine di ingegneri e tecnici che conoscano bene il funzionamento statale.

Della neurosi (o meglio psicosi o vesania) rivoluzionaria sono elementi essenziali e contradditorî il valore e la paura, che si manifestano l'uno con il disprezzo della morte e l'altra con il pànico. Da quest'ultimo, che sempre si aggira attorno ai montoni di Panurgo, si distaccano due tipi di vesania, la pazzia sadica ed il delirio di persecuzione, che si spiegano con la suggestività esagerata della folla, a cui sono da attribuirsi le tendenze convulsive dei movimenti e la perversione delle idee della conservazione e difesa della vita.

L'A. esamina poi i fattori che possono costituire la causa occasionale per l'accendersi della rivoluzione (che, in quella spagnuola, consistettero nelle elezioni municipali), la predisposizione alla neurosi rivoluzionaria costituita dall'ambiente sociale in cui nasce il fermento, ed i caratteri della rivoluzione spagnuola attuale, confrontandoli con quelli di rivoluzioni antecedenti, in specie quella francese. Oltre ai caratteri citati, sono da menzionarsi: la piromania, la cleptomania, l'erotomania, l'orfeomania (tutti i movimenti politici hanno la loro canzone e, di quello spagnuolo, l'A. riporta anche la musica), la deofobia, la mitomania, il separatismo. Si può aggiungere che molti di questi caratteri non sono che lo scatenarsi di istinti tenuti compressi dalla vita sociale normale.

I peggiori di questi caratteri sono stati poco accentuati nella rivoluzione spagnola che, a detta dell'A., è stata una piccola rivoluzione, una *revolucioncita.* Ed egli confida che i 50 medici che siedono attualmente alle Cortes, fra cui si trovano psichiatri di valore, sappiano trovare il rimedio per calmare i cervelli in delirio, perchè la fiamma della ragione sia più luce che fumo, più chiarità che incendio. E se, come ha detto Mirabeau, le rivoluzioni non si fanno con l'acqua di rosa, è pur vero che possono consolidarsene i benefici effetti con la rugiada della pace spirituale.

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI.

All'abb. n. 8811:

Il lavoro mentale è stato studiato specialmente in rapporto alla attività scolastica e, come tale, ha una bibliografia molto estesa che può trovarsi nelle riviste di psicologia e di pedagogia. Veda, fra l'altro, il lavoro di M. FOUCAULT sull'importanza del riposo nel lavoro mentale in « Année psycologique », Anno XXV (1924), F. Alcan ed. Parigi, 1925. E. COSTA. *La curva del lavoro mentale epurata col metodo De Sanctis*, VII Convegno di psicologia sperimentale (1930), Zanichelli ed. Bologna. ID. *Ricerche sperimentali sul lavoro mentale puro.* Archivio italiano di psicologia, 1931.

fil.

Al dott. F. P., Acireale:

La « Pédiatrie Pratique » viene stampata a: Lille (Nord), Rue Jacquemin Gielec, 113.

M. F.

All'abb. n. 6221:

Nessuna data è stata fissata per gli esami di medico di bordo, nè sembra che tali esami debbano essere indetti prossimamente. I programmi di esame sono quelli approvati con decreto ministeriale 1° marzo 1926 pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* del 25 marzo 1926, n. 70. A. FR.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Il funzionamento delle Mutue sanitarie sarà esteso a tutte le provincie.

L'Ente Nazionale Fascista della Cooperazione comunica:

Promosso dall'Ente Nazionale Fascista della Cooperazione e dalla Federazione nazionale fascista delle Società di Mutuo Soccorso e Mutue Sanitarie, e costituite d'accordo con il Sindacato nazionale dei medici, hanno continuato a funzionare, col 1° gennaio, una Mutua sanitaria comunale a Milano e una Mutua sanitaria provinciale a Vicenza.

L'impostazione di questi interessanti esperimenti è stata ispirata dalla evidente convenienza di organizzare i servizi sanitari per circoscrizione territoriale e sulla base famigliare, coordinando e riunendo così la previdenza dei cittadini di tutte le categorie professionali e di tutte le famiglie.

Queste Mutue sanitarie e le nuove che si verranno costituendo nelle altre provincie potranno diventare benissimo gli organi tecnici per l'organizzazione dei servizi di assistenza sanitaria anche delle mutue professionali, che oggi limitano la loro azione al sussidio in caso di malattia dei lavoratori soltanto e non dei loro famigliari, non provvedendo inoltre ai lavoratori disoccupati.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI.

Commissione sanitaria governatoriale.

Il 29 dicembre si è riunita a Roma la Commissione sanitaria governatoriale, con il seguente ordine del giorno: modificazione nel servizio di assistenza ai poveri e provvedimenti relativi; nuovo regolamento edilizio; nuovo regolamento d'igiene; nuovo regolamento per il mattatoio; pianta organica delle farmacie; norme regolamentari per il personale tecnico dell'Ufficio d'igiene e sanità. Ne riferiremo prossimamente.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Alluvioni di Cambiò (*Alessandria*). — Scad. 31 gen.; L. 8000 oltre L. 2000 cav., L. 500 uff. san., 5 quadrienni dec.

Bassano del Grappa (*Vicenza*). — Abitanti 21.000. Ospedale Civile, 200 letti. Concorso Chirurgo primario. Stipendio lordo L. 8000 e 6 trienni ventesimo. Si richiedono 6 anni di servizio pratico in Ospedale o Clinica chirurgica universitaria. Laurea conseguita da almeno 8 anni. Età non superiore 40 anni. Scadenza 31 gennaio 1932-X.

Belforte sul Chienti (*Macerata*). — Scad. 15 feb.; L. 9000 e 3 quadrienni dec., c.-v., L. 2500 trasp., L. 600 se uff.-san.; ritenuta 12 %.

Brisighella (*Ravenna*). — Scad. 27 feb.; per Marzeno; L. 8000 oltre L. 2500 trasp., due c.-v., addizion. L. 2 sopra i 1000 pov.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,15; doc. a 3 mesi.

Cameri (*Novara*). — Stipendio annuo L. 6160 (già ridotto in conformità del R. D. 20 novembre 1930, N. 1491) al lordo di tutte le ritenute e con le seguenti indennità annuali: Caro viveri nella misura stabilita dalla Legge; id. di trasporto lire 440; id. di supplenza L. 616. Le domande corredate dai prescritti documenti debbono pervenire in tempo utile alla Segreteria Comunale presso la quale, nelle ore di ufficio, è visibile il Regolamento organico. Scadenza 20 marzo.

Carrara. *Congregaz. di Carità.* — Scad. 15 febbraio; medico primario, radiologo primario e aiuto di chirurgia; stip. rispett. L. 8500, L. 9000 e L. 7200, oltre indennità; al radiologo primario percentuale. Chiedere annunzio al Commissario Prefettizio. Tassa L. 100.10 per i primari, L. 50.10 per l'aiuto.

Casteltesino (*Trento*). — Scad. 28 feb.; rivolgersi Segreteria.

Cerignale (*Piacenza*). — Scad. 28 feb. Consorzio con Cortebrugnatella; sede a Rovaiola; L. 11.000 e quadrienni dec., oltre L. 500 uff. san., L. 3000 cavalc.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

Città di Castello (*Perugia*). — Scad. 18 feb.; per Lugnano; condizioni T. U. leggi sanitarie e vigenti capitolati.

Como. *Ufficio d'Igiene.* — Scad. 1° feb.; medico aggiunto; L. 10.000 e 6 trienni dec. oltre L. 1500 indenn. grado, L. 1000 serv. att., L. 780 assegno integrativo, L. 2000-3500 trasp., c.-v.; deduz. 12 %: è consentito l'esercizio libero; età lim. 40 a.; tassa L. 50.20.

Cottanello (*Rieti*). — Al 25 genn., ore 18,30, 1ª cond.; L. 10.500 e 5 quadr. dec.; oltre L. 3650 cavalc., L. 400 se uff. san.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; doc. a 3 mesi dal 25 dic.; tassa L. 50,10. Chiedere annunzio.

Irgoli di Galtelli (*Nuoro*). — Due condotte mediche. Scadenza 28 febbraio. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria del Comune.

Lagnasco (*Cuneo*). — Scad. 31 gen. Rivolgersi Segreteria.

Montecalvo Versiggia (*Pavia*). — Scad. ore 18 del 5 feb.; con Lirio; età lim. 40 a.; L. 13.000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 300 uff. san. e c.-v.; riduz. 12 %; tassa L. 50,10. Serv. entro 2 mesi. Chied. annunzio.

Monte Vidon Corrado (*Ascoli Piceno*). — Scad. 2 mesi dal 1° gennaio; L. 9000, oltre L. 500 indennità laurea, L. 500 uff. san., L. 400-1700-2700 trasp.; il tutto da decurtarsi del 12 %; 5 quadrienni dec.; assistenza, al massimo, del 25 % popolaz.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 24 dic.; età lim. 35 a.

Padova. *Amministrazione Provinciale.* — Con le norme del R. D. 16 gennaio 1927, N. 155, è aperto il concorso al posto di Direttore della Sezione Chimica del Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi. Stipendio iniziale L. 14.000 suscettibile di cinque aumenti periodici di un decimo ed eventualmente di un sesto aumento pure del decimo per meriti speciali. Riconoscimento dei servizi prestati agli effetti degli aumenti periodici fino

ad un massimo di tre periodici (anni dieci). Servizio attivo L. 2100. Compartecipazione del 23 % sui proventi di Laboratorio. Indennità caro viveri come agli altri impiegati provinciali. Il tutto ridotto delle trattenute di legge e del 12 % di cui al R. D. 20 novembre 1930, N. 1491. Scadenza 28 febbraio. Per ulteriori chiarimenti rivolgersi alla Segreteria.

PAVIA. *R. Prefettura.* — Uff. sanit. pel consorzio di Mede e uniti (13 comuni); al 1° marzo; L. 8000 ridotte del 12 %, e 5 quadrienni dec., oltre L. 2000 trasp.; chiedere annunzio; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 10 dic.; età lim. 45 a.

PERGOLA (*Pesaro-Urbino*). — Scad. 31 gen.; Lire 8000 oltre L. 3500 cavalc. e 5 quadrienni dec.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50.10. Chied. annunzio.

POPPI (*Arezzo*). — Scad. 15 mar.; per Badia Prataglia; L. 7920 e 4 quadrienni dec., oltre lire 739 c.-v.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,15; doc. a 3 mesi dal 15 dic.

SIRACUSA. *Ammin. Prov.* — Scad. 15 mar.; direttore dell'Ospedale psichiatrico prov.; L. 22.000 e 2 quadrienni di L. 1000 e 2000, oltre L. 7000 serv. att.; riduz. 12 %; alloggio; autorizzaz. consulenza nella specialità psichiatrica. Età 25-45 a. Tassa L. 50.

SUISIO (*Bergamo*). — Scad. 15 mar.; 3 comuni; L. 6500 e 5 quinquenni dec., oltre c.-v. e addizionale L. 2 per ogni iscritto nell'elenco, L. 750 uff. san., L. 500 trasp., L. 420 rimborso spesa ambulat.; decurtaz. 12 %; età lim. 40 a.

VARESE. *R. Prefettura.* — A tutto il 31 gen. uff. san. e capo dell'Ufficio d'Igiene del Comune di Saronno; L. 9000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 500 trasp. e altri compensi. Età lim. 45 a. Chiedere annunzio. Tassa L. 50.

VENEZIA. *Ospedale al Mare* (delle OO. PP. Riunite Ospizio Marino Veneto ed Educatorio Rachitici « Regina Margherita », Lido di Venezia). — Scad. 15 feb.; un assistente medico ed un assistente chirurgo. Rivolgersi segretario.

VIGGIANELLO (*Potenza*). — Scad. 31 gen.; L. 8000 e 6 quadrienni per l'ammontare complessivo di 5 decimi dello stip., addizion. L. 5 sopra 600 pov., L. 2000 cavalc.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

VILLANOVA D'ALBENGA (*Savona*). — Scad. 31 gen., ore 18; consor.; L. 9400 oltre L. 500 uff. san., lire 600 trasp., 10 bienni ventes.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Gian Carlo Bentivoglio, aiuto nella R. Clinica Pediatrica dell'Università di Roma, in seguito al risultato dell'ultimo concorso, è stato chiamato dalla Facoltà Medica di Sassari, a dirigere, in qualità di incaricato, la Clinica Pediatrica di quella Università. Al valoroso collaboratore del « Policlinico », i nostri vivissimi rallegramenti.

Il dott. Italo Barcaroli, chirurgo aiuto nell'Ospedale Civile di Ancona, ha conseguito, nello scorso mese di dicembre, all'unanimità, la libera docenza in patologia chirurgica. Cordiali rallegramenti.

Ordine dei SS. Maurizio e Lazzaro.

Cavaliere: prof. Pietro Sisto, di Clinica medica, a Modena.

Ordine della Corona d'Italia.

Commendatore: prof. Giuseppe Mariani, Rettore Università di Bari.

Ufficiali: prof. Agostino De Lieto Vollaro, di Clinica oculistica a Milano; prof. Onofrio Fragnito, di Clinica delle Malattie nervose e mentali a Napoli; prof. Francesco Leoncini, di Medicina legale a Firenze; prof. Leonardo Martinotti, di Clinica dermosifilopatica a Bologna; prof. Giov. Battista Pellizzi, di Clinica delle Malattie nervose e mentali a Pisa; prof. Francesco Radaeli, di Clinica dermosifilopatica a Genova.

Cavalieri: prof. Luigi Bellucci, aiuto Istituto Fisiologia a Siena; prof. Pietro Di Mattei, di Farmacologia a Pavia; prof. Ferdinando Fonzo, lib. doc. Clinica pediatrica a Palermo; prof. Giuseppe Giordano, lib. doc. di Patologia spec. medica a Roma; prof. Guido Guidi, lib. doc. di Clinica pediatrica a Firenze; prof. Vincenzo Lenzi, lib. doc. di Clinica ostetrica a Napoli; dott. Carlo Maderna, aiuto Clinica dermosifilopatica di Napoli; prof. Dario Maestrini, lib. doc. di Fisiologia a Roma; prof. Mario Magnasco, lib. doc. di Clinica oculistica a Genova; prof. Gaetano Meldolesi, lib. doc. di Radiologia medica a Roma; dott. Luigi Picchi, assistente Anatomia patologica a Firenze; prof. Maurizio Pincherle, di Clinica pediatrica a Bologna; prof. Gaetano Quagliarello, di Chimica biologica a Napoli; prof. Mario Ragazzi, lib. doc. di Igiene a Genova; prof. Gilberto Rossi, di Fisiologia a Firenze; prof. Marco Augusto Sciallero, lib. doc. di Patologia spec. medica a Genova.

NOTIZIE DIVERSE.

5° Congresso tedesco sulla circolazione.

La « Deutsche Gesellschaft für Kreislaufforschung » terrà la sua prossima riunione a Tubinga, durante i giorni 14 e 15 marzo, nei locali della nuova Università (Wilhelmstrasse), sotto la presidenza del prof. A. Dietrich (Pathologisches Institut, Tübingen).

Adunanza di medici e dentisti.

Il 30 nov. si è tenuta a New York un'adunanza di medici e dentisti, per discutere argomenti liminari. Ebbero luogo due sedute; furono trattati i temi: Rapporti tra odontologia e malattie dell'orecchio, del naso e della gola; rapporti tra odontologia e pediatria; la batteriologia delle infezioni dentarie nei rapporti con le malattie generali; la diagnosi boccale in relazione con malattie di altre parti del corpo; la triade dell'odierno problema sanitario: il medico, il dentista e il paziente.

Società argentina per la profilassi e lo studio dell'idatidosi.

Si è costituita ad iniziativa dei dottori J. Arce e O. Ivanisevich, allo scopo di accertare l'incidenza della malattia (raccogliendo dati statistici relativi al periodo 1921-1930 e redigendo una carta nosografica del vasto territorio), nonchè di promuovere gli studi relativi all'idatidosi e diffondere le norme profilattiche. La sede della Società è presso l'Istituto di Clinica chirurgica della Facoltà di Scienze mediche, del quale il prof. Arce è direttore.

Scuola Superiore di Malariologia.

La Scuola, diretta dal prof. G. Bastianelli, terrà nel 1932 due corsi di insegnamento: il Corso della Sezione tecnico-economica e il Corso della Sezione medica.

Il primo avrà luogo dal 30 marzo al 12 maggio, il secondo dal 14 luglio al 30 settembre.

L'insegnamento comprende lezioni, dimostrazioni pratiche ed esercitazioni, escursioni nell'Italia Centrale ed in Sardegna per la visita a località malariche e ad alcune bonifiche.

Sono ammessi ai corsi cittadini italiani e stranieri: alla Sezione tecnico-economica laureati e laureandi in Ingegneria, laureati e laureandi in Agraria; alla Sezione medica laureati in medicina e chirurgia.

Il numero degli allievi da ammettere e i titoli da presentare per l'ammissione saranno comunicati con altro avviso.

La tassa di iscrizione è di L. 100 più una quota di L. 200 quale rimborso parziale delle spese di viaggio, vitto e alloggio nelle gite di istruzione, spese che saranno sostenute dalla Scuola.

Per informazioni rivolgersi alla Segreteria della Scuola, Policlinico Umberto I, IX Padigl., Roma.

Corsi internazionali di perfezionamento medico a Berlino.

Avranno luogo sotto gli auspici della Facoltà medica dell'Università, della Lega dei docenti per corsi di vacanze e della Casa Imperatrice Federico.

Durante i mesi di marzo e aprile si svolgeranno i seguenti corsi: Medicina interna (dal 29 febbraio al 5 marzo, onorario 50 marchi); Malattie professionali con riguardo speciale all'attività periziale (dal 7 al 14 marzo, onorario 50 marchi); Settimana di perfezionamento in ostetricia-ginecologia (dal 14 al 19 marzo, onorario 50 marchi); Chirurgia (dal 4 al 9 aprile, onorario 75 marchi); Progressi pratici della Röntgen-diagnosi e terapia (dal 10 al 17 aprile, onorario 80 marchi). Corsi singoli in tutti i campi della medicina, con esperimenti pratici, hanno luogo ogni mese.

In ottobre si terranno corsi di Medicina interna, Urologia, Chirurgia toracica, Oculistica, Psico-terapia.

Informazioni presso l'ufficio del « Dozentenvereinigung », Luisenplatz 2-4, Berlin NW 6, Germania.

Corso di perfezionamento in oftalmologia a Vienna.

Un corso di perfezionamento per medici americani avrà luogo dal 1° ottobre al 6 dicembre 1932 nella I e II Clinica oculistica dell'Ospedale Generale di Vienna, dirette dai proff. Joseph Meller e Karl Lindner e con la cooperazione di altre Cliniche e di vari Istituti universitari; la tassa d'iscrizione importa 100 dollari. Eventuali informazioni dal Dr. Adalbert Fuchs, Skodagasse 13, Wien VIII.

Corsi di psicanalisi a New York.

Col 1° ottobre ha cominciato a funzionare l'Istituto Psicoanalitico di New York (West Eighty-Sixth Street 324). Sono stati organizzati dei corsi di conferenze per il pubblico, dei corsi di lezioni per i medici e dei corsi seminaristici in due sezioni (elementare e superiore) per psicoanalisti specializzati. Direttore tecnico è il dott. Sandor Rado, dell'Istituto Psicoanalitico di Berlino; direttore esecutivo il dott. Monroe A. Meyer.

Consiglio Nazionale delle Ricerche.

Sotto la presidenza di Guglielmo Marconi il Direttorio del Consiglio Nazionale delle Ricerche ha tenuto la sua riunione periodica.

Il Direttorio ha stimato di onorare nel modo migliore la memoria di Arnaldo Mussolini riproducendo nella rivista del Consiglio « La Ricerca Scientifica » l'articolo chiaroveggente che Egli pubblicò in occasione del messaggio diretto dal Capo del Governo a Guglielmo Marconi per la fondazione del Consiglio delle Ricerche, nel « Popolo d'Italia », l'8 gennaio 1928, intitolato « Disciplina Scientifica », vero monito al nostro Paese.

Il Direttorio ha predisposto il programma delle ricerche da eseguirsi nel 1932, che sarà presentato al Capo del Governo per l'approvazione.

Il Direttorio ha preso altre deliberazioni.

Il nuovo Ospedale Maggiore di Milano.

Il 4 gennaio, alla Cascina Pellizzero, ha avuto luogo da parte dell'Istituto Ospitaliero, la consegna, all'Impresa costruttrice, del terreno sul quale dovranno sorgere i padiglioni del nuovo Ospedale Maggiore. Dopo che fu steso il verbale di consegna, una squadra di operai ha dato subito inizio ai lavori, precisamente alle fondamenta del muro di cinta, che sarà lungo due chilometri e mezzo. Si imprenderà poi subito la sistemazione del terreno la cui area misura trecentomila metri quadrati.

Nuovi sanatori per tubercolotici.

Un sanatorio è sorto a Città di Castello, per iniziativa del dott. Giuseppe Moscioni, ufficiale sanitario, il quale ha donato anche l'area.

È stato inaugurato a Grottaglie (Taranto) un sanatorio capace di 50 letti.

Cospicue elargizioni all'ospedale italiano di Londra.

L'ospedale italiano di Londra, una fra le migliori realizzazioni delle nostre patriottiche colonie, in seguito al sempre maggior numero di malati, conseguenza questa della sempre maggiore rinomanza e simpatia che esso ha saputo acquistare nella capitale britannica fra gli italiani colà stabiliti e non solo fra questi, ha lanciato un appello, come informa l'« Agenzia d'Italia », per mettersi in grado di assecondare le numerose richieste che gli vengono rivolte, specie in questa rigida stagione invernale. L'appello firmato dal direttore dell'Ospedale e dal segretario del Fascio è stato celermente accolto e già nei primi quindici giorni sono state riunite oltre ottantamila lire italiane. La sottoscrizione continua e tutto fa credere che essa raggiungerà presto la cifra necessaria a coprire i bisogni dell'Ospedale.

Un Policlinico nell'Uruguay.

Il 29 novembre venne inaugurata a Concepción (Uruguay) la prima sezione di un Policlinico il quale consterà di 2 Sezioni, capaci complessivamente di 400 ricoverati. La prima Sezione comprende 6 Padiglioni. Alla cerimonia inaugurale parlarono il ministro dott. Bioy, in nome del presidente del Governo provvisorio della Nazione, il dott. Nicolás Lozano, per la Commissione degli Asili e Ospedali regionali, il dott. Pascual Corbella, direttore del nosocomio, e il dott. Carlos Gatti, prefetto della provincia.

Laboratorio per la diagnosi di gravidanza.

Un servizio di laboratorio per la diagnosi biologica di gravidanza è stato attuato presso la Scuola medica dell'Università di Wisconsin. Per qualche tempo erano stati fatti degli esami delle urine di donne supposte gestanti, per incarico dei medici dell'Ospedale Generale; il continuo incremento di questi esami ha indotto a organizzare un servizio regolare, con tariffa modesta (5 dollari, ossia meno di 100 lire it.).

Le lotterie per gli ospedali irlandesi.

Le lotterie stabilite in Irlanda sulle corse inglesi, a favore degli Ospedali, hanno reso centinaia di milioni e hanno permesso di ricostruire molti ospedali o di avviarne la ricostruzione e di migliorare tutta l'assistenza ospedaliera. Parecchi ospedali avevano rifiutato di accedervi, per ragioni di moralità; ma poi si sono indotti a seguire l'esempio degli altri. In Inghilterra queste lotterie sono considerate illegali; ma ciò non toglie che i biglietti vadano a ruba, e tanto più quanto più i premi sono vistosi.

Casse mutue malattie per i lavoratori della terra.

Sotto la presidenza dell'on. Razza si è riunito a Roma il Direttorio della Federazione Nazionale dei Sindacati Fascisti dei coloni e mezzadri unitamente ad alcuni segretari delle Unioni delle province prevalentemente mezzadrili, per discutere alcune importanti questioni riguardanti la categoria.

Su proposta dell'on. Ascione il Direttorio ha deliberato di costituire le Casse Mutue malattie nelle provincie mezzadrili per tutti i componenti le famiglie coloniche.

Assicurazione di personale universitario.

Il personale dell'Università Cornell (Stati Uniti) è stato assicurato. Ciascuno corrisponde appena il 7,20 per mille dello stipendio; l'Università completa il premio d'assicurazione, in modo che questa raggiunga per tutti la somma di 10.000 dollari, ossia circa 200.000 lire it. Quasi tutto il personale ha accettato. L'assicurazione copre i casi di morte e d'invalidità totale e permanente. La somma totale assicurata raggiunge 5 milioni di dollari, ossia circa 100 milioni di lire it. (Dall'« Amer. Med. », nov. 1931).

Attività della Croce Rossa Americana.

Dalla relazione sull'anno finanziario chiuso il 30 giugno 1931 risulta che nel corso dell'anno la C. R. A. ha speso 5 milioni di dollari prelevati dalle proprie casse e 10.589.780,19 doll. offerti dal pubblico (complessivamente circa 300 milioni di lire it.). La sua azione principale è stata nei soccorsi in occasione della crisi: furono soccorse 614.504 famiglie. Furono assistiti 433.195 ex-militari o le loro famiglie e 10.521 altri militari; furono fatte 1.339.550 visite famigliari e 1.015.906 ispezioni a scolari; fu provveduto a 127.446 allievi per l'alimentazione; e così via.

Ufficio d'informazioni mediche in Polonia.

Presso la Camera Centrale dei Medici (Naczelma Izba lekarska) in Varsavia è stato organizzato un Ufficio d'informazioni sulla medicina in Polonia (Biuro Propagandy Medycyndy Polskiej); esso collabora per gli scambi di periodici e di libri di medicina, fornisce informazioni sopra istituti e organizzazioni di medicina e igiene, sulla legislazione sanitaria e sulla bibliografia medica in Polonia.

Istituzioni, periodici, biblioteche, librerie, medici, possono rivolgersi per informazioni al detto Ufficio, Ul. Fredy 2, Varsovia, Polonia.

Il centenario di Guyon.

All'Accademia di Medicina di Parigi il prof. Legueu ha commemorato il centenario della nascita di Joseph Cas. Félix Guyon, del quale egli attualmente occupa la cattedra. Ha rievocato la vita e l'opera dell'illustre urologo, che va annoverato tra i maggiori medici del secolo 19°. Ha così concluso: « gli anni avvenire accumuleranno nuove conquiste, la scienza marcerà a passi giganteschi in un mondo prodigioso di meraviglie ancora insospettate, ma nessuna di queste future conquiste attenuerà lo splendore del suo nome; la sua opera precorritrice e profonda rimarrà intera ».

Limiti d'età.

Le Università italiane perderanno, alla fine dell'anno scolastico in corso, per limiti d'età, due valorosi insegnanti: il sen. Alessandro Lustig, di patologia generale a Firenze, e Giuseppe Gonella, di clinica oculistica a Pisa.

Restrizioni ai medici stranieri in Argentina.

Secondo le leggi dell'Argentina i medici stranieri non possono esercitare nel territorio della Repubblica se non hanno ripetuto tutti gli studi in una delle Università dell'Argentina o non hanno sostenuto e superato tutti gli esami relativi (il cui importo è di 4000 pesos, ossia 30.000 lire it.) e conseguito il diploma. Molti medici stranieri praticavano nelle cliniche e negli ospedali, come assistenti di medici argentini che avevano la direzione degli istituti; per tal modo eseguivano la diagnosi e la cura dei malati. Il presidente dell'Ufficio statale di sanità (Departamento Nacional d Hygiene) ha ora stabilito che questa consuetudine non verrà più tollerata e che in tutti i casi si richiederà il diploma di una Università argentina.

La riforma penitenziaria in Italia.

È venuto in discussione al Senato del Regno il progetto di legge relativo alla riforma penitenziaria, di cui abbiamo già dato notizia. Il ministro guardasigilli, on. Rocco, ha rilevato tra l'altro come si sia potuto con poca spesa ampliare e migliorare lo stabilimento carcerario di Pianosa, nel quale sono i detenuti tubercolotici. Ha trattato della istituzione dei manicomi e dei riformatori per minorenni, uomini e donne: essi già funzionano, permettendo di ovviare a molti inconvenienti. Ha accennato alla speciale importanza che ha la sistemazione degli infermi di mente in speciali reparti. Ha fatto rilevare l'importanza educativa del lavoro, dimostrando come il pericolo di concorrenza col lavoro libero sia insussistente.

Contro i rumori notturni a Roma.

Il Governatore di Roma, in base all'art. 151 della Legge comunale e provinciale e all'art. 132 del R. Decreto-Legge 2 dic. 1928, considerata la necessità di diminuire, per quanto è possibile, le cause dei rumori che turbano la quiete ed il riposo dei cittadini nelle ore notturne, ha disposto che, a partire dal 1° gennaio, siano vietate le segnalazioni acustiche degli autoveicoli nelle strade dalle ore 24,30 alle ore 6.

Cento anni di medicina nel Belgio.

In occasione del centenario dell'indipendenza belga, « Le Scalpel » ha pubblicato un numero commemorativo, in cui sono documentati gli sviluppi della medicina nel Belgio durante un secolo. Costituisce un volume in-4°, di 352 pagine, ricco di tavole; vi hanno collaborato alcune delle personalità più in vista della medicina belga.

Una suora premiata.

Il Consiglio d'Amministrazione del R. Manicomio di Alessandria ha assegnato una medaglia d'oro a suor Nicolina Barra, che da 43 anni presta ininterrottamente la sua umanitaria assistenza ai ricoverati. Alla cerimonia della consegna intervennero il Vicario generale mons. Bagliardi e il presidente del Consiglio d'Amministrazione avvocato Sardi.

La scoperta della spirochete pallida celebrata in America.

Il 9 novembre fu tenuta a Filadelfia, nel Collegio dei medici, la celebrazione del cinquantesimo anniversario della scoperta di Schaudinn. Furono fatte tre conferenze, dai dottori J. F. Schamberg, J. H. Stokes e H. E. Sigerist (Lipsia), sui temi: « È la sifilide un regalo dell'America al mondo? »; « Schaudinn »; « Fracastoro e il suo poema ». Ebbero anche luogo una mostra storica di incunabuli, libri rari, stampe, ritratti, medaglie, in rapporto con le vicende della sifilide, ed una mostra tecnica, relativa alla cura moderna della sifilide, con dimostrazioni.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. **A. POZZI, resp.**

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XXXIX Roma, 25 Gennaio 1932 - X N. 4

"IL POLICLINICO,"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

PROLUSIONI

Istituto di Clinica Medica della R. Università di Roma

L'essenza e gli obbietti dell'insegnamento clinico. (1)

Prof. CESARE FRUGONI.

Nel ricevere investitura di una cattedra che ha tanto fastigio e prestigio di gloria e di storia, la mia prima parola — pur mascherata dal turbamento sincero onde sono pervaso —, è per esprimere a Voi, insigni Colleghi della Facoltà Romana, il più caldo palpito della mia riconoscenza per l'altissimo onore che mi avete fatto e che corona, al di là di ogni più audace speranza, la mia vita di studioso, orgoglioso di far parte da oggi di una Scuola che tanta luce di scienza ha irradiato, con uomini e con opere che tutto il mondo scientifico conosce ed onora.

La più fervida operosità e la mia intera dedizione alla Clinica che mi avete chiamato a dirigere dimostreranno per la vita la profondità e realtà della mia gratitudine e il senso di religioso dovere con il quale ho accolto il Vostro invito ad assumere — in uno studio di sì gloriose tradizioni come il nostro — l'insegnamento di una materia che è fra le più sintetiche, complesse e appassionanti.

Non le mie parole di oggi ma i fatti di domani o per lo meno la mia più instancabile attività e ardore di passione vi parleranno per me.

Consentitemi però che non per rito convenzionale ma per imperioso impulso del mio spirito anzitutto assolva oggi anche altri doveri di reverenza e di riconoscenza. Mio primo atto nell'entrare in quest'aula è stato di deporre una corona di alloro ai busti che qui ho messi a ricordare i miei due grandi predecessori, Guido Baccelli e Vittorio Ascoli:

Guido Baccelli, Maestro dei Maestri di Clinica, che tanto profondo solco e poderosa orma di sè e del suo poliedrico genio ha lasciato non solo in medicina, ma anche nella storia e nell'arte, in questa sua Roma prediletta che fu l'orgoglio e la ragione della sua vita, animata da profondo palpito di pura romanità;

Vittorio Ascoli, Clinico e Malariologo della più larga fama e del quale or sono pochi mesi in questa aula istessa tessevo l'elogio illustrandone le grandi benemerenze scientifiche, l'eminente posto occupato nella clinica medica e l'alta statura morale. E come allora

(1) Prolusione tenuta il 12 gennaio 1932.

anche oggi ripeto che noi sentiamo ancora qui VITTORIO ASCOLI vivo, presente, operante; vivo nelle opere che il suo impulso ha creato, presente nell'intimità del nostro spirito, operante nella clinica e nella scuola che ha così nobilmente e valorosamente dirette.

Ma l'onda dei ricordi anche si volge con riconoscente tenerezza figliale ai miei due Maestri, a CAMILLO GOLGI che curò la mia preparazione biologica e al Grande Clinico che allo studio del malato mi ha educato, incomparabile dilettissimo Maestro PIETRO GROCCO, sommo fra i grandi clinici italiani, al quale tanto e tutto devo e che con intima emozione sento qui, ombra tutelare nel mio cuore e al mio fianco, mentre ai famigliari che hanno voluto esser presenti con devota reverenza mi inchino.

E ancora ricordo con nostalgica riconoscenza la Facoltà Fiorentina che prima mi educò e che dopo avermi voluto professore incaricato infine mi consacrò insegnante ufficiale, mentre levo il mio caldo e grato saluto il più affettuosamente vibrante e fervidamente vivo ai colleghi e carissimi amici di Facoltà e ai miei dilettissimi studenti del sette volte centenario Ateneo Patavino nel quale ho trascorso cinque anni indimenticabili di serena felice armonia e di fervida attività spirituale. Ai Presidi di Roma, di Padova e di Firenze qui venuti come amici e come rappresentanti dei rispettivi Atenei il mio grazie sincero.

E, infine, mentre assumo il mio nuovo posto nella gerarchia universitaria non posso non rievocare quanto per la mia preparazione e mentalità io debba all'ambiente ospedaliero al quale per undici anni appartenni in qualità di primario onde ringrazio il Direttore dell'Ospedale Principale di Firenze qui venuto a portarmi il saluto degli ospedalieri. E poichè analoga aspirazione di reciproco completamento di studi e di indirizzo e corrispondente nobiltà di intenti devono armonicamente e idealmente muovere le due grandi famiglie universitaria e ospedaliera, è con calda collegialità, viva riconoscenza, e deferente simpatia che ai valorosi Colleghi ospedalieri romani ricambio quel saluto che dal loro organo ufficiale essi mi hanno rivolto così caloroso e cordiale.

*
**

Ma se i nostalgici ricordi indietro fan volgere in rievocazioni commosse, tanto che non foss'altro per la dolcezza di avervi potuto esprimere questi miei sentimenti considererei oggi colmi i miei voti, da ora, con volontà ferma nell'avvenire protesa, unica legge e comandamento deve essere: lavorare per migliorare e progredire, per tenere alti nome e prestigio della scuola romana e corrispondere alle esigenze scientifiche che il posto richiede, secondo quell'indirizzo che è mio intendimento e dovere in questa mia prelezione di ben specificare.

Difficile e complesso compito invero se si considera il vertiginoso progresso in estensione e profondità della materia di per sè considerata e nei suoi molteplici rapporti sia con le scienze biologiche — preparatrici feconde e necessarie — che con le branche integratrici collaterali, sia infine con quelli che su basi nuove si vanno istituendo con le varie specialità a lor volta assurte a complessi organismi di scienza.

In pochi decenni la clinica come corpo di dottrina, le cliniche come ambienti di lavoro, il clinico come figura e personalità, tutto è radicalmente mutato.

Inutile riprendere in filosofiche dissertazioni il dibattito se la clinica medica generale abbia o meno la rigida dignità di scienza; inutile riaffermare per l'ennesima volta che la clinica non deve lasciarsi sopraffare e cedere il passo al laboratorio e che al classicismo conviene tornare; inutile deprecare che la classica figura dell'antico clinico è scomparsa sia pure per interpretare il fenomeno ottimisticamente come una crisi di crescenza.

L'indistruttibile realtà è che i particolari requisiti e le singolari doti che al clinico indispensabili erano, tali ancora integralmente sono, poichè la più larga e profonda preparazione biologica e culturale di per sè sola non basterà mai a fare un clinico, se non potenziata da quella larga esperienza pratica e consumata conoscenza dell'ammalato che sono i punti focali dei nostri valori conoscitivi e armonicamente associate a determinate doti che possono ben dirsi artistiche e quasi intuitive. L'assoluta realtà è che ogni progresso delle scienze ha fatalmente in clinica la più pronta eco e larga valorizzazione e crea per le incognite cliniche e per il malato sempre nuovi e più complessi problemi, dal che derivano nuovi orientamenti di pensiero e necessità di analitiche indagini nei più diversi campi e settori di studio, sicchè non è più discutibile ormai che in una clinica bene attrezzata si esigono strumentario e organizzazione non dissimili dai più completi e moderni istituti di biologia.

La clinica è scienza per eccellenza in posizione anzi di privilegio, dacchè è la clinica che sentendone il bisogno ha, con coscienza precisa del fine voluto, cercate e create non poche fra le stesse scienze biologiche.

Come Viola ricorda, è il clinico chirurgo Mondino che si fa anatomico indicando le ricerche doversi fare sul cadavere più che sui testi: è il clinico chirurgo Harvey che si fa fisiologo iniziando la vivisezione; è il clinico Malpighi che si fa istologo, è il clinico medico Morgagni che crea l'anatomia patologica raffrontando le alterazioni anatomiche e le fun-

zionali; è il clinico chirurgo Hunter che inaugura la fisiopatologia sperimentale.

Superfluo indugiarsi sul divenire meraviglioso che ha portato all'attuale splendore di studi e nella constatazione che oggimai quasi ogni problema clinico si affina e si approfondisce con precise determinazioni analitiche e metodi rigorosamente esatti. Ma l'impiego di esse determinanti analitiche, procedenti da metodi scientifici di investigazione, non già e non ancora dimostrerebbe che la clinica è scienza in sè e per sè. E tanto meno infatti lo sarebbe se passivamente seguendo le varie discipline biologiche si limitasse a poco più che a controllare, rifare, applicare, quanto altrove già è stato fatto in più naturale sede.

Non in questo stanno i reciproci rapporti, ma nel contenuto ideale e nell'indirizzo mentale del procedimento clinico. Onde da un lato la clinica non che applica anche enormemente amplifica, completa e valorizza le conquiste delle altre branche portandole qualche volta ad altezze che lo sperimentatore neppure poteva intravedere. E dall'altro essa stessa è talora inspiratrice e ideatrice, sì che allora dà, anzi che ricevere, la scintilla che tanta divina luce suscita ed accende, funzione questa e dignità strettamente scientifiche e che in certo qual modo fan della clinica la scienza delle scienze, con le altre collegata e fusa in necessaria cooperazione sulle vie del progresso.

Esemplificare può sembrare rimpicciolire le questioni o ridir cose banali; ma in tema, ad esempio, di fisiopatologia renale furono bene le indagini cliniche sul malato che consentirono di completare gli studi fisiologici sull'interpretazione della funzione dei tubuli e glomeruli, di stabilire il valore della ritenzione clorurata ed azotata, i poteri di diluizione e di concentrazione, i rapporti rene-tensione arteriosa e di inquadrare la funzione renale in quella più complessa dell'intero organismo con la nozione del pro-rene e degli scambi osmotici, ecc.

E la clinica tanto ha contribuito a comprendere e stabilire il valore dell'equilibrio elettrolitico nei suoi rapporti col ricambio idrico e nel suo significato di regolatore dei grandi sistemi della vita vegetativa, ad approfondire i problemi dell'equilibrio acido-base, il significato della riserva alcalina, la necessità della costanza di reazione dei mezzi umorali e dei meccanismi di difesa di cui l'organismo in questo senso dispone.

E moltiplicando gli esempi si potrebbero ricordare i grandi progressi dell'ematologia clinica in rapporto alla dottrina della maturazione, genesi e funzione dei vari elementi del sangue, e i fasci di luce rivelatrice che lo studio delle malattie da carenza, a cominciare dal beri-beri, ha proiettato nel promuovere le indagini sulle avitaminosi, che il laboratorio poi doveva così luminosamente ampliare e determinare, e ricordare altresì i preziosissimi contributi della clinica per la conoscenza della funzione dei nuclei della base, per lo studio delle localizzazioni cerebrali e di molte altre questioni di neuropatologia. Contributi neuro-clinici che con speciale compiacimento ricordo perchè quasi esclusivamente frutto della semplice, intelligente e diretta osservazione dell'ammalato, che hanno fatto di tanto progredire le nostre nozioni sulla fisiopatologia dell'encefalo che in tema di tumori cerebrali ad es. sono ora consentite in notevolmente alta percentuale ponderate e utili audacie operatorie.

Come esempio fra i molti siano ricordati i progressi nella diagnostica dei tumori temporali, che ha potuto raggiungere finezze di insospettata precisione.

Così a parte i noti segni di localizzazione generica temporale oggi si sa che una emianopsia omonima a quadrante superiore (o un semplice restringimento omonimo del campo visivo) indica lesa del lobo temporale del lato opposto la parte anteriore ed inferiore e una emianopsia omonima a quadrante inferiore (o un restringimento omonimo della parte inferiore del campo visivo) ne mostra compromessa la parte alta e posteriore, mentre speciali attacchi di assenza o sogno o allucinazione visiva quando siano accompagnati da peculiari sensazioni gustative od olfattive in genere sgradevoli, cacosmia, indicano la vicinanza del tumore all'uncino dell'ippocampo. E si potrebbe continuare con una quanto mai interessante e interminabile elencazione.

L'osservazione clinica talora poi ha veramente antiveduto ed intuito ciò che ancora dimostrar non poteva e non di rado indicate così le vie all'indagine sperimentale e impostati problemi ed affermati concetti che a lungo denegati o contrastati solo a grande distanza venivano poi consacrati per veri.

Valga il fulgido esempio dell'endocrinologia al corpo di dottrina della quale la clinica ha portato i più brillanti e concreti contributi sì che interi capitoli di fisiologia, per es. dello sviluppo, sono frutto dell'investigazione clinica. La clinica da moltissimi anni aveva intuita e segnalata la funzione endocrina di molti organi. Addison ammetteva una secrezione interna dei surreni fra l'incredulità generale un secolo fa.

E non ostante l'imponente mole delle osservazioni cliniche in tema di fisiopatologia surrenale, ancora nel 20-22 un grande fisiologo, il Gley, moveva in argomento le più vivaci critiche e riserve, e solo da poco si è conseguito con la prova e controprova della verità l'universale consenso. E. Bouchard e altri dopo di lui antivedevano quel rapporto pancreas-diabete che sperimentalmente poi De Dominicis, Mehring e Minkowski riuscivano a dimostrare; e così via.

E ciò lasciando da parte gli studi che sono esclusivamente o quasi opera strettamente scientifica dei clinici ad es. in tema di malattie del ricambio, e di patologia costituzionale, gloria e vanto della scuola clinica Italiana, auspice e fondatore Achille De Giovanni. Scientifico è il procedimento mentale onde la ricerca si inspira. Così la microbiologia ha avuto impulso, se non vogliamo dire addirittura origine, da osservazioni cliniche, nel senso che il concetto di contagio, di contagio vivo e di viventi microscopici patogeni, nacque dalle l'osservazione clinica delle malattie dell'uomo e degli animali e fu affermato prima che i mezzi tecnici ottici e culturali potessero rivelarlo.

Procedimento di scienza è saper collegare fenomeni in apparenza disgiunti e prima intuire, poi vedere, infine dimostare esistenti, coordinati e interdipendenti quei rapporti che erano invisibili perchè lontani.

Sia di esempio l'associazione concatenata delle alterazioni epato-spleniche, benchè succedentesi a tanta distanza, stabilita da Banti come clinico, osservazione che è stata generatrice feconda di tutto un successivo corpo di dottrina e di pratiche applicazioni per la intuizione ragionata e la successiva dimostrazione documentata della guarigione di talune forme morbose per splenectomia.

Evocazione che io faccio con speciale compiacimento perchè i nomi di Banti e di Micheli, che primi fecero eseguire splenectomie e ottennero guarigioni rispettivamente nell'anemia splenica e morbo di Banti e nella splenomegalia emolitica, altamente onorano la Scuola Italiana.

E sia ricordata la feconda osservazione clinica di Wagner von Jauregg che ha portato ai meravigliosi risultati della malarioterapia nella paralisi progressiva e che è un modello del genere per la disparità dei fenomeni felicemente fra di loro messi in relazione. E ancora, la mirabile scoperta di Forlanini, del pneumotorace terapeutico, nella quale nulla è casuale come talora superficialmente vien detto, ma tutto è scientifico procedimento, concezione, meccanismo e applicazione perchè tutto direttamente discende dalla particolare impostazione fisico-meccanica dei problemi, fisiologica della funzione respiratoria, patologica del processo tisiogeno, clinica del meccanismo di guarigione.

Così nel campo delle malattie infettive vivo è il dibattito sul problema scientifico pratico delle infezioni focali e sulle dottrine di Rosenow che la mia scuola segue con particolare interesse.

Tra i divergenti pareri non è certo il momento di sopravalutare e tanto meno di concludere, ma è ben chiaro che parte della dottrina resterà. Così accanto ai ben noti rapporti fra reumatismo articolare acuto e infenzione tonsillare, la patologia sperimentale sembra comprovare l'esistenza di taluni germi tonsillari o da altri focolai di infezione cronica specie dentaria, che sarebbero spiccatamente artrofili o dotati di altre specifiche elettività di localizzazione. Ne viene che accanto e fino ad un certo punto in contrasto col concetto di predisposizione generale e locale e di locus minoris resistentiae, si vanno così delineando il concetto e il fatto di possibili speciali tropismi batterici come se germi vi fossero capaci, per così dire, di sistematicamente specializzarsi nell'agire su determinati organi o tessuti.

E ciò in diretta derivazione da osservazioni squisitamente cliniche e cioè anche qui dall'associazione coordinata di fenomeni che apparentemente nulla hanno in comune.

L'intuita o supposta relazione, p. es., fra un focus infettivo tonsillare o dentario o altrove indovato, e una malattia nervosa o dell'apparato digerente o dell'occhio, e cioè tra fatti apparentemente i più disparati e lontani — ciò che è squisitamente clinico — ha dato così origine a tutto un seguito di indagini batteriologiche e di patologia sperimentale, che le une e le altre reciprocamente si completano, coordinano e valorizzano, facendo auspicare una volta di più una veramente intima e diuturna collaborazione anche sull'uomo fra clinici medici e biologi puri, le due strade di collegamento potendo essere utilmente percorse in tutte e due le direzioni.

Con procedimento opposto invece talora osservazioni fatte nel campo sperimentale e che sembrano le più astruse, meno fertili e più lontane dalla pratica, possono divenire il nucleo di creazione di grandi capitoli clinici e di scienza.

Valga l'esempio dell'anafilassi per raffrontare da un lato i primi curiosi ed isolati esperimenti di Richet sull'actinocongestina e dall'altro l'imponente corpo di dottrina che l'osservazione clinica e gli studi compiuti su materiale umano hanno creato.

Onde non solo si ha oggi tutto un interessante e largo capitolo di patologia, ma anche si è con indagini compiute in ambiente clinico approfondito e chiarito il problema in sè nella sua base, essenza intima e scientifica ragione. La mia clinica vi ha largamente contribuito perchè fino dal 1911 (e cioè ai primi albori delle applicazioni cliniche in questo campo di studi) io riconoscevo in talune speciali manifestazioni che possono osservarsi in corso di trattamento antirabbico un tipico fenomeno di Arthus; perchè il mio allievo Lusena per primo prospettò la natura anafilattica del favismo e perchè a me fù dato di documentare nel modo più preciso la natura anafilattica dell'asma bronchiale con la dimostrazione sperimentalmente per la prima volta ottenuta del trasporto passivo di stato anafilattico da uomo asmatico ad uomo sano. Giacchè avendo iniettato nelle vene di soggetti-controllo siero di asmatici bronchiali, che erano tali per iper-

sensibilità a causa nota e determinata e dotati di corrispondenti prove cutanee positive, potei ottenere e riprodurre in essi soggetti iniettati la stessa specifica ipersensibilità e quindi le stesse cutireazioni specifiche dei datori di sangue, reperti di poi largamente confermati (Bastai ecc.) e in fine riconvalidati dalle indagini di Praussnitz e Kuster sul trasporto passivo locale.

E, ancora in tema di asma bronchiale, il mio aiuto Melli dimostrò per primo la presenza di speciali anticorpi, gli unici che attualmente si conoscano nel siero di asmatici, riconoscibili con la tecnica di Abderhalden, e portò altri notevoli contributi. E il mio assistente Ancona stabilì che, spesso in contrasto con le apparenze, la natura delle sostanze asmogene è parassitaria, ad esempio muffe sviluppatesi nei vecchi cuscini di penne o materassi, o animali come il *Pediculoides ventricosus* parassitante il grano in certe forme di asma dei mugnai che, apparentemente di origine vegetale, risultano così invece in realtà di origine animale, il che ha già trovato e può trovare altre larghe applicazioni anche nel campo della patologia professionale.

E il mio assistente Chini (utilizzando le conoscenze che si hanno sulla possibilità di fronte a materiali colloidali elettronegativi di ottenerne la fissazione nei diversi organi e tessuti a mezzo di vari trattamenti sperimentali) valendosi dei dati relativi al fenomeno di Auer, secondo cui l'introduzione endovenosa di un antigene (siero), in animale specificamente sensibilizzato, è seguito da marcata flogosi in quei tessuti superficiali che sono stati, al momento dell'iniezione di prova, particolarmente irritati, riuscì con speciale dispositivo sperimentale a determinare flogosi allergiche articolari senza ricorrere all'iniezione di materiale antigene nel cavo articolare, con il che allora si provoca piuttosto un fenomeno di Arthus intraarticolare. Non solo, ma anche trovò che la presenza di acido urico in quantità abnormi entro un'articolazione mentre va svolgendosi nell'animale una sensibilizzazione a sostanze proteiche eterologhe, modifica la distribuzione nei tessuti del materiale antigene, in guisa tale che ad ogni iniezione scatenante (endoperitoneo) segue la comparsa di una flogosi articolare allergica, col ripetersi della quale anche si può passare ad un vero processo di artrite cronica.

Ma rari sono i campi di studio nei quali, come quello ora ricordato, l'indagine per intero o quasi può esser compiuta sull'uomo e avere così pronta e diretta applicazione *pratica*, applicazione *pratica* la quale, non che diminuire la dignità di scienza, ne è diretta funzione. E già Viola specificando la posizione tutta particolare della clinica intesa come scienza dell'individuale, ha magistralmente svolto il concetto che la cosidetta scienza pratica è il più alto gradino della conoscenza e che essa sola sa impossessarsi della realtà.

E come secondo Ostwald non vi dovrebbe essere scienza fine a sè stessa poichè — egli dice — « nessuna cosa viene coltivata per sè stessa ma tutte per scopi umani », così nemmeno diminuisce dignità di scienza il continuo incedere nostro attraverso lavorio di ipotesi che sono non già nebulose speculazioni ma anzi funzione di scienza, che fecondano il dubbio, moltiplicando i problemi e danno spesso il filo di Arianna della verità.

Nè possono essere a noi rifiutati procedimenti che hanno pieno diritto di cittadinanza nelle altre scienze e cioè l'uso di quelle che in linguaggio filosofico sono la ipotesi e la finzione nel senso di Vaihinger (delle quali l'ipotesi mira alla verità ed ha valore teorico e la finzione mira all'utilità ed ha valore pratico) e delle quali ogni scienza si avvale a cominciare dalla matematica, scienza pura e positiva per eccellenza. Lo stesso matematico puro inventa e procede talora a colpi d'ala quando l'intuizione lo visita e lo possiede. Ricordo Galois morto in duello un secolo fa a soli 21 anni di cui i contemporanei capirono ben poco di ciò che andava costruendo come geometra e come analista e che è oggi considerato con Lagrange, Gauss e Abel come il fondatore della teoria delle equazioni. Il matematico puro in questo caso vede giusto, e subito e lascia agli altri, la fatica di dimostrare; parla — dice Valery — al modo di Dio per ordini e per numeri. E benchè la cosa abbia sapore di paradosso — occorre, dice Contu, più fantasia allo scienziato che al poeta, dacchè i vaticinii dei poeti non sono che aspirazioni, mentre le intuizioni degli scienziati sono molto spesso annunzi di verità.

Ma se contenuto e obbietto pratico vogliamo anche ufficialmente inserire e riconoscere nella clinica come scienza e come corpo di dottrina e se abbiamo per ora precisato il compito della clinica nel campo della scienza come fattore di propulsione e creatrice di progresso e di indirizzo di scuola, ancora più chiaramente dobbiamo affermare necessario e fondamentale l'obietto pratico dell'insegnamento.

Di fronte agli allievi, di fronte a voi studenti carissimi, nettamente dichiariamo le nostre finalità pratiche sempre naturalmente inquadrate nella preparazione scientifica e sui solidi fondamenti della biologia.

Indirizzo, finalità e applicazione pratiche ardentemente la scolaresca chiede, avida di sapere e di bontà, e a questo sospinger ci deve la nostra mentalità di medici creata dallo spasimo del dubbio, dalle oscurità angosciose che torturano spesso ad un tempo la nostra mente e il nostro cuore e dalla divina luminosa gioia di poter talora finalmente comprendere ed utilmente soccorrere, e saper riaccendere ad un tempo la fiamma della vita e la luce della speranza. Nel diuturno attrito pratico attività mentale scientifica e artistica si compenetrano e completano con fattori strettamente persona-

li ed individuali, nel che appunto sta la *personalità* e la *difficoltà* della clinica.

La *personalità* perchè lo stesso caso anche con diagnosi in tutto concordanti può essere da clinici diversi sotto punti di vista diversi sentito, discusso e prospettato.

Così, come Pari osserva e per rimanere ai grandi clinici italiani della passata generazione, posti di fronte ad un malato, Baccelli sopratutto intravedeva il problema anatomo-clinico, Murri il problema fisiologico e logico-filosofico, Forlanini quello fisico-meccanico, Grocco e Cardarelli il lato semeiologico-pratico, De Giovanni il quesito costituzionalistico e così via. E le *difficoltà* — dicevo — poichè la diagnosi non solo e non tanto è il semplice riconoscimento e l'enunciazione di una forma morbosa in cui inquadrare una determinata sindrome o un dato malato, ma altresì determinazione e conoscenza di tutte le condizioni individuali di cui la personalità clinica del malato risulta, del terreno, costituzione, correlazioni ed equilibri fisico-chimici, endocrini e umorali, della formula di reazione e risponsività ai diversi stimoli morbosi, della somma cioè di ragioni e condizioni per le quali una data malattia in quel determinato caso, in quel determinato modo e non in altro, si svolge e si presenta.

E i reperti di laboratorio e le indagini complementari per quanto moderne analitiche ed esatte, sono ben lungi dal fornire diagnosi obbligatorie e formule complete. Spesso anzi non fanno che moltiplicare i problemi e renderne più elevata la discussione e complessa l'interpretazione.

Finchè in un lavorio diagnostico differenziale che rappresenta pur sempre la forma finale di attività mentale del clinico, questi finisce per trovarsi a dovere infine scegliere fra poche ipotesi superstiti diversamente possibili o probabili, mentre non sempre invece sarà in grado di pienamente giustificare e di logicamente documentare il perchè della propria scelta definitiva; conclusione questa tanto vera quanto, è necessario convenirne, non scientifica.

Argomentazione e ragionamento infatti talora oltre a un certo limite logico non possono andare e giunti all'ultimo bivio non sempre può dirsi il perchè della definitiva nostra preferenza per una delle ipotesi residue. A questo punto le nostre argomentazioni sono non di rado sofismi, dei quali rivestiamo il nostro convincimento, ma è chiaro che ragionativamente forse non riusciremmo a convincere un contradditore, *eppure* si concreta un convincimento e una diagnosi si precisa e nasce in noi la sensazione esatta di battere la giusta via: e spesso è così. Ma è precisamente in questo *eppure* che, contro talora le apparenze dei fatti, la sensibilità individuale, l'esperienza, l'intuito fronteggiano con una sensazione la ragione. È questo *eppure* che aggiunge fascino alla nostra materia già tanto viva e appassionante perchè non la sola nostra avida curiosità di sapere attende la risposta all'angoscioso problema, ma un malato che soffre, un'ansia che spasima, una decisione che sovrasta finchè il decorso, o l'intervento riveleranno quanto di intuitiva consapevole ragione o di errore erano nel nostro giudizio; il dubbio ed il possibile errore, ecco il fascino; il coefficiente individuale, ecco l'insidia; la infinita e mai ugualmente ripetentesi molteplicità delle forme dei morbi, ecco la sfinge. Ho detto intuitiva consapevole ragione e non a caso, per ben specificare che al fondo di quella che superficialmente dicesi intuizione è una lunga quotidiana osservazione e ragionata registrazione di fatti, è un acuto collegamento e acquisizione di nozioni che sembrano in apparenza perdersi o dileguarsi indefinite, mentre in realtà pervenendo per vibrazioni intellettive ed emotive al fondo del nostro spirito, formano il substrato positivo e materiale delle singole mentalità, rendono più profondo il piano fino al quale l'occhio sa penetrare e dirigono il timore invisibile delle correnti del pensiero che coscienti o subcoscienti presiedono alle nostre decisioni. Questo anche in altre scienze, comprese le più esatte, del resto analogamente avviene.

Einstein nel formulare la dottrina della relatività ad un certo punto, quando il ragionamento lo ha portato a spaziare nell'empireo dei supremi problemi della natura, giunto ad un bivio, segue una via piuttosto di un'altra senza dirne, nè poterne dire il perchè. In quell'attimo, nell'attimo più geniale della sua creazione, lo scienzato è un artista. Scienza sarà nuovamente quella che attraverso la constatazione dei fenomeni da tempo preveduti, convaliderà quanto il genio artistico gli ha fatto antivedere. Così quando Ehrlich getta le basi dell'immunologia con la sua teoria dei ricettori è un artista, non uno scienziato e quando immagina, raffigura e presenta gli antigeni, gli anticorpi e i recettori come se fossero concreti e reali fa, seguendo la terminologia filosofica di Vainhinger, una « finzione illustrativa » (Rietti). Scenziato ritorna quando nell'osservazione dei fatti trova argomenti a conforto della dottrina stessa.

Del resto se arte deve chiamarsi l'intuire prima di avere visto, l'intendere le cose non dichiarate, pesare l'imponderabile, dedurre e concludere anche senza il soccorso di un nesso prettamente logico nel senso filosofico della parola, il limitare caso per caso l'importanza e la fiducia dei rilievi obbiettivi di qualunque specie e persino nei propri sensi, e al contrario decifrare un chiaro concetto in mezzo a segni frammentari, indecisi ed incompleti quasi alla maniera degli archeologi, allora la clinica è incontestabilmente anche un'arte. Ma ogni scienza si evolve di mano in mano che l'intuizione e la fantasia precorrono quanto ai

mezzi materiali di ricerca si domanderà in secondo tempo di confermare o di escludere.

Nella clinica, come forma particolare dell'indagine scientifica in genere, l'intuizione e la fantasia debbono pur sempre costituire il motore, mentre i mezzi tecnici ed analitici servono come organi di controllo, freno e direzione. Per queste ragioni io sono ben lungi dall'ammettere che la clinica abbia acquistato dignità di scienza solo negli ultimi decenni e cioè da l'introduzione dei moderni mezzi di indagine. E ciò non per esaltare o sopravalutare la clinica tradizionale ma perchè l'essenza altamente scientifica della clinica — già lo dicemmo — sta nei processi mentali di cui si serviva, si serve e sempre si servirà.

D'altronde anche in medicina idee e metodi si accrescono molto più rapidamente di quanto alle mentalità dei ricercatori occorra per assimilarli e utilizzarli con equilibrata ponderatezza, d'onde i falsi indirizzi di indagine e di scuola.

Purtroppo infatti dagli stessi clinici le è venuto danno, perchè lo sviluppo rapidissimo e meraviglioso delle indagini complementari di laboratorio ha diviso uomini e scuole in varie schiere egualmente lontane dal vero.

Così da un lato taluni sedotti dalle nuove possibilità, tratti a troppo confidare nei dati che non derivano direttamente dai nostri sensi e apparentemente sicuri, hanno ridotto la clinica ad una pedestre interpretazione di analisi, tendendo a fare del laboratorio il protagonista della diagnosi. E dall'altro lato altri o per misoneismo iniziale o per esagerata valutazione di talune disillusioni diagnostiche ritennero che la clinica avesse tutto da perdere affidandosi pienamente ai mezzi diagnostici che sempre più numerosi e perfetti le altre scienze ci vanno porgendo. Ma per noi la contesa è superata e siamo abbastanza moderni per apprezzare l'immenso aiuto delle scienze ausiliarie e troppo moderni per sovravalutarlo.

Ad ogni modo, che i dati obbiettivi siano solo quelli che si possono raccogliere con la semeiotica fisica o quelli rilevabili coi più perfetti moderni mezzi, strumentali, fisici, chimici ed elettrici, la funzione cerebrale del clinico non è punto modificata, mentre ne consegue invece che enormemente complicate si sono fatte l'organizzazione di una clinica e l'opera e l'insegnamento del clinico.

Completa conoscenza e studio del malato ormai non possono attuarsi e concepirsi se non anche attraverso dati analitici e precise indagini di laboratorio, nei più diversi modi e campi conseguite, che nella loro essenza, molteplicità e finezza disvelino la profondità e complessità dei fenomeni vitali, le condizioni umorali, fisico-chimiche e di equilibrio neuro-ormonico e colloidale, con rappresentazione neovitalistica e concezione funzionale, inquadrate nel campo della patologia costituzionale. Ne viene che (a lato di quanto serve per la diretta assistenza e cura degli infermi fino ai più recenti mezzi di terapia) una clinica moderna bene attrezzata deve possedere un complesso di laboratori siffattamente allestiti da fornire ogni possibilità per le indagini specializzate. Nè vale obbiettare che non sempre e difficilmente una clinica potrà avere personale sufficientemente addestrato nei vari settori di studi e tecniche relative, da dare le necessarie garanzie di scientifico rigore. Il rilievo — innegabilmente esatto — indica solo la grande difficoltà a conseguire completa efficienza e organizzazione perfetta di mezzi e di personale, non già che questi non debbano essere, direi, i quadri, la struttura e il piano di lavoro che l'altezza scientifica e la valorizzazione pratica delle moderne acquisizioni logicamente impongono onde poter esplorare in tutte le direzioni nelle quali sembri di poter avanzare verso la barriera di oscurità che, nonostante tutto, ancora così da vicino ci avvolge e ci stringe. Ma poichè ogni settore di scienza, anche il più piccolo, è immenso, e poichè ogni mente anche la più comprensiva ha le sue linee direttrici di particolare predilezione e poichè anche dei laboratori di biologia pura ognuno riceve speciale impronta a seconda delle personali tendenze e orientamento di chi ne è l'anima e la mente, così nelle nostre varie cliniche, nella faticosa marcia alla conquista del vero non si può utilmente procedere che in talune direzioni dell'immenso orizzonte di studio. L'indirizzo scientifico, rigidamente tale, non può essere quindi confusamente universale, ma di volta in volta localizzato a seconda di determinati gruppi o esigenze o persone.

L'indagine scientifica che dal malato parte e al malato ritorna passando attraverso il vaglio sperimentale ed il laboratorio, non può che essere preordinata e coordinata.

E poichè la ricerca scientifica è lotta contro il chiuso vero e in ogni grande battaglia anche vittoriosa non si può avanzare su tutto lo schieramento frontale, ma a settori, così nelle nostre cliniche di volta in volta predomineranno indirizzi diversi che ci vengono talora, ma non a ragione, rimproverati, perchè è solo con pertinaci sforzi in profondità e direzioni prestabilite, che si conseguiranno resultati concreti e perchè ogni clinica altro non è che un fattore singolo dello sforzo collettivo, nonchè nazionale, universale. Nelle nostre diverse cliniche perciò prevarranno talora indirizzi particolari o determinate correnti e quindi di volta in volta indagini prevalentemente chimiche o fisico-chimiche o ematologiche o endocrinologiche o di patologia costituzionale o nel campo delle malattie allergiche o del ricambio e così via, poichè solo in tal guisa lo sforzo collettivo conseguirà l'alta e agognata meta nell'arduo, nobile e faticoso cammino.

In tal modo la clinica in genere, e possiamo ben dire con certezza e legittimo compiacimento, gli istituti di clinica e di patologia me-

dica italiani, sono e saranno fattori di alto e sicuro progresso.

E sarà questa di aggredire i problemi con sforzi collettivi di scuola e in profondità, e con indirizzo rigorosamente scientifico biologico, una delle predominanti e indeviabili direttive che noi proseguiremo e che rappresentano il nucleo centrale del nostro programma.

Rigido programma scientifico quindi, ma a finalità squisitamente pratiche, poichè solo così una clinica medica risponde alla sua missione ed essenza e solo così può concepirsi: nelle sue origini, dal malato, nel suo sviluppo sul malato, nel suo alto fine, per il malato e per l'umanità. Scopo eminentemente pratico che è il nostro stimolo e il nostro tormento e che per nulla toglie alla nostra materia dignità di scienza, nè lega la nostra libertà di ricerca se entro i limiti che umanità comanda e che bontà e rispetto alla sofferenza umana impongono.

Così concepite essenza, organizzazione e funzione delle cliniche, ci dovremo chiedere però con la maggiore trepidazione dove, come e se è mai possibile più oggi un clinico che abbia tanta poliedrica coltura e così complesse particolari doti da corrispondere alle esigenze e requisiti ideali che abbiam prospettati.

Egli deve avere tale preparazione biologica e nelle branche collaterali da poter seguire, impostare ed affrontare i vari problemi di scienza ed anche essere dotato della più larga e consumata esperienza e da profonda conoscenza dell'ammalato. Di quell'esperienza cioè per la quale nel diuturno attrito con le difficoltà, le insidie e le responsabilità della pratica, come per naturale sedimentazione, ricordi ed impressioni si depositano nei profondi recessi del pensiero e della coscienza ed entrando fra di loro in speciali collegamenti e reciproche associazioni e immagini diverse, divengono ridestabili ed evocabili sotto determinati stimoli sensoriali, emotivi o mentali, che dal malato partono ed al malato tornano.

E deve avere quelle peculiari qualità di selettivo rilievo e di osservazione penetrativa che sembrano talora conferire al clinico come un singolare potere che fa a lui chiaro e trasparente un problema od un malato per altri, con uguali mezzi tecnici, opaco ed oscuro. E deve possedere siffatta costruzione mentale per la quale egli non già sappia solo razionalmente dedurre da fatti e rilievi tra di loro ben concatenati come per rigore di logica e di scienza si esige, ma anche possa aggiungere quell'impalpabile coefficiente di intuito o di esperienza onde alla sillogistica deduzione si sostituisce la personale subcoscientemente ragionata impressione, che fa talora sentire ed affermare la verità anche se non si possiede ancora tanto da dimostrarla, in felice connubio tra rigorismo e cultura scientifica da un lato e qualità artistiche dall'altro, fra dottrina e pratica, fra scienza ed arte.

Ma difficile o impossibile che sia tale felice sintesi e complessa armonia (e chi vi parla, misura con sincera ansietà e profonda perplessità la grande distanza che ne lo separa), è fuori di dubbio che ormai non altrimenti di così cliniche mediche e clinici si possono più concepire, perchè l'evoluzione del pensiero medico così impone: perchè da un lato devono dominare mentalità e indirizzo rigidamente scientifici, onde contribuire al progresso della scienza e creare una scuola, e dell'altro un indirizzo eminentemente pratico, come obbietto didattico verso la scolaresca dalla quale abbiamo responsabilità e dovere di creare dei medici pratici. Solo così si possono governare i due regni — direi — della clinica che è applicazione pratica della scienza, ma scienza essa stessa che tutte le altre anzi in sintesi assomma, raccoglie e valorizza così come le scienze pure — dicevo — tendono per fatale spontanea gravitazione a cadere nell'orbita della clinica in armonioso scambio di iniziative e di applicazioni, di conoscenze e di realizzazioni, di idee e di scintille, che fermentano e illuminano e rendono sempre più profonda e sicura la nostra diuturna fatica, e più ardente la fiamma di passione che ne sospinge a sempre più alta la meta che vogliam conseguire.

La figura del clinico tradizionale quindi non è scomparsa nè diminuita ma solo modificata dall'immenso moderno patrimonio di dottrina e di tecnica che ha enormemente complicate ed allargate le nostre possibilità, con incalcolabile vantaggio della nostra scienza e dei malati, se la clinica continuerà ad essere la dominatrice di tutti i mezzi di indagine e sopratutto strumento di logica e di pensiero. Chè là ove l'importanza e la gerarchia di essi mezzi va degenerando in autonomia, la medicina fatalmente decade, mentre minaccia e pericolo saran scongiurati là ove sia gradito l'esercizio del ragionare e sempre vivo uno spunto scientifico di antica tradizione e di classica ispirazione come è da noi.

Spirito ed anima della clinica rimane quindi sempre l'osservazione intelligente e penetrativa di fatti morbosi in natura come punto di partenza verso la via che conduce dall'analisi alla sintesi, dal rilievo dei fenomeni alla formulazione delle leggi, fino al raggiungimento di obbiettivi che alle branche biologiche propriamente dette sarebbero poco accessibili o del tutto nascosti. La clinica medica generale è e sempre sarà scienza vera, alle altre legata in feconda simbiosi, finchè il clinico seguiterà a considerare il mistero dei fatti morbosi con mentalità di biologo, e con occhio di naturalista e sentirà di essere sempre, di fronte al malato, *unico giudice supremo*. Ma perchè la clinica svolga in pieno questa sua meravigliosa missione occorre che tra essa e i cultori delle branche di biologia siano gettati sempre più numerosi i ponti di collegamento. E già Baglioni osservando nella sua realtà e

nelle sue cause che « in nessun periodo della storia della medicina forse si è avuto tanto fervore di studio fisiologico da parte dei clinici, e che il pensiero anatomico è integrato dal fisiologico che è ad un tempo pensiero clinico fisico e vitalistico », auspicava, nonchè la più stretta collaborazione, una revisione, direi, bilaterale dei grandi problemi di clinica e di fisiologia di interesse comune.

Occorre che tutti, e in specie fisiologi, patologi generali, parassitologi, farmacologi ecc., abbiano diretti e diuturni rapporti con le cliniche, i problemi clinici e i malati e vivano con noi l'urgenza angosciosa, la complessa molteplicità e l'imperativo dei problemi che ci sbarran la strada e che tutti assieme dobbiamo affrontare, risolvere e superare. Una stessa fiamma ci accende, una stessa luce ci guida, una stessa aspirazione ci tormenta, la stessa gioia può coronare i comuni sforzi onde basti ricordare per questo i doni regali che con l'insulinoterapia e con la cura dell'anemia perniciosa progressiva la fisiologia pura ha fatti all'umanità. Ma procedere bisogna, e noi saremo lieti della nostra giornata se agli studenti, ai quali sopratutto vanno la nostra anima e il nostro pensiero, riusciremo a trasmettere da un lato la fredda responsabilità e dall'altro l'ardore dell'entusiasmo che ai problemi del malato avvince la nostra mente e il nostro cuore.

E se mai la pertinace volontà varrà a sospingere il lavoro e la produzione della clinica con indirizzo clinico-biologico e a creare fra scolaresca e insegnante quell'atmosfera di chiarità intellettuale e di consenso sentimentale che tutti fa vivere della stessa passione e mirare a vette sempre più alte e ad orizzonti sempre più vasti, perchè dall'individuo idea e sentimento dilagano e si espandono nell'amore di patria e di stirpe, che noi tutti, sotto l'impulso del Capo del Governo, sentiamo e viviamo con concentrata passione e ferrea volontà di alto destino, se questo potremo ottenere paghi saranno i voti e ci sembrerà di avere almeno in parte corrisposto al debito di riconoscenza che oggi verso la Facoltà e la Scuola Romana abbiamo contratto.

Il mio entusiasmo e le mie forze saranno appassionatamente dedicate a questo alto ideale: ne prendo dinanzi a voi impegno solenne.

LAVORI ORIGINALI.

Istituto di Clinica Medica della R. Università di Catania

diretto dal prof. LUIGI FERRANNINI.

Ricerche sulla secrezione esterna del pancreas nel diabete

per la dott.ssa GIUSEPPINA IACONO.

Per la particolare ubicazione del pancreas che, salvo casi eccezionali, lo rende completamente inaccessibile all'esplorazione diretta, questo organo è stato studiato con particolare diligenza dal punto di vista funzionale.

Prescindendo dallo studio della funzionalità pancreatica interna, che sconfina dai limiti delle ricerche su cui sto per riferire, ricorderò che lo stato funzionale della ghiandola pancreatica, considerata come ghiandola digestiva non può desumersi che dallo studio del succo pancreatico, e per esso dai fermenti digestivi specifici in esso contenuti. Però il confronto dei risultati sperimentali con l'indagine clinica ha da tempo dimostrato che, considerati a sè, i valori ottenuti dall'esame del succo pancreatico sono privi di significato biologico e diagnostico: quello che dà veramente un'idea della funzione secretoria del pancreas è la ricerca quantitativa dei fermenti, non solo nel succo pancreatico, ma anche nelle feci, nel siero di sangue e nelle urine.

Attualmente esiste una ricca messe di ricerche sui fermenti pancreatici nelle più diverse affezioni del pancreas, delle sue vie afferenti e degli organi vicini. (Zoia, Carpi, Morelli, Brugsch, Schmidt, Strayburger, Müller, Boas, ecc).

Non altrettanto può dirsi approfondito lo studio della funzionalità pancreatica esterna nel diabete mellito: su questo problema, infatti, che pure presenta un interesse notevole per i rapporti fisiopatologici fra la funzione secretoria e la funzione insulare, esistono solo poche ricerche, in massima parte incomplete, di cui le più importanti e le più documentate sono quelle del Bettoni e del Gasbarrini.

Profittando di alcuni diabetici ricoverati nella nostra clinica, e di altri che ho potuto studiare privatamente, ho voluto pertanto riprendere in esame lo studio del problema, servendomi del dosaggio contemporaneo dei tre principali fermenti pancreatici (amilasi, lipasi, tripsina) nel succo duodenale, nelle feci, nelle urine e nel siero di sangue.

Tecnica. — I soggetti in esame (8 diabetici di varia gravità e 10 individui normali) venivano anzitutto sottoposti ad una dieta tipo, costituita da 150 gr. di proteine, 100 gr. di idrati di C., 100 gr. di grassi.

Prima dell'esperienza veniva somministrato a ciascuno di essi un purgante salino.

Dopo tre giorni in cui i pazienti erano stati tenuti a questa dieta e a letto, di mattina a digiuno veniva praticato il sondaggio duodenale alla Einhorn ed un salasso di 10 cc.

Subito dopo, a ciascuno venivano somministrati 30 gr. di solfato di sodio e si raccoglievano le urine e le feci delle 24 ore successive. Sul materiale così raccolto (succo duodenale, siero, urine, feci) si eseguiva il dosaggio.

a) dell'amilasi col metodo di Wohlgemuth;

b) della lipasi col metodo di Bondi;

c) della tripsina col metodo di Gaultier.

I diabetici furono successivamente sottoposti a trattamento insulinico, fino ad ottenere e mantenere l'aglicosuria; dopo 20-30 giorni in essi veniva ripetuta l'esperienza.

AMILASI. — All'amilasi fu negato, per molto tempo, ogni valore diagnostico funzionale per il pancreas, come risulta dalle pubblicazioni del Garri (1915), Gasbarrini e Ferrata (1923).

Il Bettoni nel 1924 rivendicò alla diastasi il suo giusto valore, prospettando lo studio della funzione pancreatica in modo diverso da quello concepito con le più comuni ricerche unilaterali del contenuto intestinale (feci o succo duodenale; da allora venne fuori una lunga serie di lavori, riferentisi tutti al dosaggio della quantità di amilasi contenuta sia nel siero di sangue che nelle urine, nelle feci e nel succo duodenale, come indice diagnostico delle affezioni del pancreas acute e croniche.

Il Vildegans nel 1929 si occupò del quantitativo amilolitico contenuto nel sangue, nelle urine, nel succo duodenale e nelle feci e fece osservare che nelle affezioni acute del pancreas, con speciale riferimento alla necrosi pancreatica, ha importanza l'aumento della diastasi nel sangue e nelle urine; per contro è inutile la determinazione del fermento nel succo duodenale e nelle feci.

Recentemente (1930) il Kaczander notò un aumento della diastasi nell'urina in 300 soggetti, dei quali molti affetti da lesioni pancreatiche secondarie a colicistopatie, gastriti, duodeniti infettive, intossicazioni da carne, ecc.

Per quanto riguarda il contenuto diastasico dei mezzi organici e degli escreti nelle affezioni croniche del pancreas, con speciale riferimento al diabete, Achard, Clerc, Noguchi, Lépine ed altri hanno osservato che esso è in notevole diminuizione nel siero di sangue e nelle urine.

Prima però in due casi di diabete, non trovò diminuizione dei valori assoluti dell'amilasi sanguigna ed urinaria; anzi in uno di essi i valori dovettero considerarsi aumentati, tenendo conto della notevole poliuria.

Bettoni ha fatto rilevare che nel diabete mellito il potere diastasico è diminuito rispetto al non diabetico e questa diminuzione non è in rapporto con la gravità del diabete. In seguito a trattamento insulinico il potere diastasico delle urine, delle feci e in minor grado quello del sangue, nelle esperienze del Bettoni, fu visto aumentare fino ai valori normali.

Anche Gasbarrini nel siero di sangue e nelle urine ha messo in evidenza valori dell'amilasi inferiori rispetto al normale in molti casi di diabete, conformemente ai risultati ottenuti dal Bettoni.

Il De Tullio invece nel 1929 ha trovato nei diabetici ed anche negli epatici un contenuto del fermento amilolitico più elevato della norma, nel sangue e nelle urine.

Nei diabetici, da me presi in esame, i valori quantitativi della diastasi erano molto diminuiti in confronto a quelli ottenuti negli individui normali.

In questi ultimi i valori oscillavano intorno a 8-12 U. D. per cc. di siero di sangue, a 18-25 U. D. per cc. di urina, a 10-13 U. D. per cc. di succo duodenale, a 30-38 U. D. per cc. di estratto di feci.

Nei diabetici ho avuti i seguenti risultati: in 4 di essi le unità diastasiche per cc. erano 3 nel siero di sangue, 7 nelle urine, 7 nel succo duodenale e 8,5 nelle feci; in altri 3 i valori erano di 4,5-4,7 U. D. nel siero di sangue, di 5 nelle urine, 5 nel succo duodenale, 10,5 nelle feci; in un altro ancora i valori erano maggiormente ridotti sia nel sangue (2-7 U. D.) che nelle urine (4,5 U. D.), nel succo duodenale (2,3 U. D.) e nelle feci (5 U. D. per cc. di estratto di feci).

La diuresi giornaliera di ogni diabetico oscillava tra i 2850-3000 cc. nelle 24 ore; la glicemia si mantenne compresa tra un minimo di 2 ‰ ed un massimo di 4,05 ‰ e la glicosuria tra un minimo di 50 % ed un massimo di 80 %.

Dai risultati surriferiti appare evidente come i valori della diastasi, in tutti i diabetici presi in esame sono diminuiti sia nel sangue che negli escreti; questa diminuzione è molto spicca-

ta in tutti, ma variabile da un individuo all'altro senza però un rapporto diretto e sicuro fra la diminuzione del tasso amilasico dei vari mezzi e la gravità della lesione pancreatica.

Questo fatto risulta da ciò che ho potuto osservare studiando le condizioni generali degli infermi e il tasso glicemico e glicosurico di ciascuno di essi; infatti l'ammalato in cui i valori del contenuto diastasico del siero di sangue specialmente, e degli altri liquidi erano molto ridotti, si trovava in condizioni migliori degli altri in quanto il tasso glicemico era di 2,05 ‰, la glicosuria di 55 % e la diuresi quotidiana di 2800 cc.; al contrario in un ammalato con gangrena di un dito del piede sinistro, un tasso glicemico di 4,05 ‰ e glicosuria tra 75-80 % e in una donna con una foruncolosi diffusa a tutto il corpo, con glicemia di 3,95 ‰-4 ‰ e glicosuria tra 75-80 % i valori erano bassi rispetto al normale, ma non tanto, quanto in quello ammalato in cui i valori della glicemia e glicosuria erano più modesti e le condizioni generali piuttosto buone.

Sottoposti i diabetici a trattamento insulinico per la durata di un mese e ripetendo le prove, ad intervalli di 8-10 giorni, ho osservato un notevole rialzo dei valori dell'amilasi fino quasi ai limiti normali sia nel siero che nelle urine e nel succo duodenale; nelle feci l'aumento del fermento è stato sensibilmente inferiore.

LIPASI. — Gli studi più completi sulla lipasi del siero di sangue furono fatti da autori tedeschi, specialmente dalla scuola di Roma (Rach, Bloch, Reinicke, Paulovic, ecc.) ma per la prima volta il fermento fu individuato da Henriot.

In seguito Achard e Clerc lo ricercarono in diverse malattie (tubercolosi, sifilide, diabete, affezioni acute, ecc.) oltre che negli individui normali e rilevarono che il potere lipolitico del siero di sangue, ha un comportamento spiccatamente individuale.

Nei due casi di diabete molto grave, da loro studiati, riscontrarono un potere lipolitico basso e misero questo risultato in rapporto con la gravità dell'affezione; nei diabetici non gravi invece trovarono che la siero lipasi è spesso aumentata.

In condizioni normali la lipasi del siero non mostra alcuna resistenza di fronte a sostanze tossiche, come per es. l'atoxil; nelle malattie pancreatiche invece è stata dimostrata, per opera della scuola di Rona, la presenza di una siero lipasi atoxil-resistente.

Nei miei 8 diabetici, servendomi del metodo stalagmometrico, ho avuto solamente in tre risultato positivo.

Sul comportamento della lipasi intestinale pochissimo si conosce; pare che essa non abbia importanza grandissima, data la sua labilità e la difficoltà di discriminare la lipolisi batterica.

Io ho utilizzati per la ricerca della lipasi nel siero di sangue, nelle urine, succo duodenale, feci dei diabetici, quelli stessi infermi di cui ho studiato il comportamento amilolitico; i valori ottenuti li ho paragonati a quelli degli individui normali (in numero di 10).

Mi sono valsa, come ho detto, del metodo di Bondi, che consiste nel mettere insieme liquido enzimatico (1 cc.) e olio di uliva (5 cc.), lasciare la miscela in termostato per 1 ora alla temperatura di 37° e dopo, previa aggiunta di 30 cc. di alcool assoluto e adoperando come indicatore, fenoftaleina al 2 %, dosare con soda N/10 la quantità di acidi grassi, ottenuti dalla scissione dei grassi neutri, per opera della lipasi.

Ho tenuto conto della quantità di soda impiegata per neutralizzare gli acidi grassi, per risalire quindi alla quantità di fermento contenuto in ciascun liquido enzimatico. Negli individui di confronto i valori della quantità di soda necessaria per la neutralizzazione degli acidi grassi corrispondono a 8-9 cc. di siero di sangue, a 11-12 cc. per le urine, a 12,5-13 cc. per il succo duodenale e per le feci a 13-13,5 cc.

Nei diabetici la concentrazione lipasica di ogni liquido in esame era notevolmente diminuita e tale diminuzione era più spiccata nel siero di sangue.

Infatti la quantità di acidi grassi nel siero di sangue degli 8 diabetici, presi in istudio, veniva neutralizzata da 5-6 cc. di soda, mentre in condizioni normali, secondo i miei risultati, ne occorrevano 8-9 cc.; per le urine la diminuzione del fermento non era così forte come per il sangue, in quanto venivano impiegati 9,5-10,5 cc. di soda, mentre normalmente se ne impiegavano 11-12 cc.; per il succo duodenale erano necessari 9,8-10,5 cc. di soda e per le feci 11-12 cc. Sottoposti, quindi i diabetici in esame alla cura insulinica per la stessa durata che per la diastasi, i valori si mantennero immutati, pur essendo ripetute le prove parecchie volte.

Il Cassano ha riscontrato, invece, nei diabetici trattati con insulina, un aumento degli

acidi grassi, ciò che ha messo in rapporto con la regolazione dell'attività secretoria del pancreas per opera dell'insulina e con l'inibizione del consumo dei grassi per la maggiore utilizzazione degli idrati di C.

TRIPSINA. — Oltre che della lipasi e della diastasi mi sono occupata anche del fermento striptico; ho adoperato sempre lo stesso campione di urina, sangue, succo duodenale che usavo per la determinazione degli altri fermenti; per le feci mi servivo di feci liquide (da purgante) accuratamente mescolate. Il metodo che è quello di Gaultier si basa sul dosaggio dei polipeptidi col metodo acidometrico e degli aminoacidi col metodo di Sorensen.

Dalla quantità di soda N/10 impiegata per ottenere la quantità di polipeptidi e aminoacidi risalivo al contenuto tripsinico di ogni liquido enzimatico. Negli individui normali la quantità di soda impiegata per gli aminoacidi corrispondeva a cc. 1,4-1,8 per cc., sia di siero di sangue che di urina e di succo duodenale; per le feci occorrevano da 3-5 cc. di soda per cc. di liquido; per il dosaggio dei polipeptidi veniva pure utilizzata soda N/10 nella quantità di 1 cc. per cc., di siero di sangue, urine e succo duodenale; per un cc. di feci occorrevano da 3,4-5 cc. di soda.

Per quanto riguarda i diabetici, i risultati non si sono allontanati dal normale; la quantità di soda occorsa per il dosaggio degli aminoacidi e dei polipeptidi è stata pressochè uguale a quella degli individui di controllo; infatti per i polipeptidi si sono impiegati 3-4 cc. per cc. di feci; 0,8-1,2 cc. di soda per cc. degli altri liquidi enzimatici; per gli aminoacidi ho adoperato 1,4-1,6 cc. di soda per cc. di sangue, urina, succo duodenale; per cc. di feci 3-4 cc. di soda.

Da quanto ho esposto risulta che sono molto piccole le variazioni della quantità di soda N/10, impiegata per il dosaggio dei polipeptidi ed aminoacidi nei diabetici in rapporto agli individui normali e non tali quindi da potere essere presi in considerazione come indici sicuri di minorazione funzionale.

Messo a confronto con la sicura e costante diminuizione del potere amilasico e lipasico questo risultato induce a ritenere che la produzione dei vari fermenti pancreatici è funzionalmente indipendente.

Il trattamento insulinico nei diabetici non ha affatto modificati i valori triptici nei diversi liquidi organici.

CONCLUSIONI.

Lo studio dei fermenti amiolitico, lipasico, proteolitico nei diabetici offre le seguenti particolarità.

L'amilasi contenuta nel siero di sangue dei diabetici, da me studiati, è molto diminuita in rapporto al normale e così anche quella contenuta nelle urine e nel succo duodenale e nelle feci, benchè in questi ultimi mezzi organici la diminuzione non sia così spiccata come nel siero di sangue.

La scarsa quantità di amilasi non sta però in rapporto diretto con il grado di lesione pancreatica, tanto è vero che in un individuo in buone condizioni generali, con iperglicemia e glicosuria modeste, la quantità diastasica del siero di sangue specialmente, era notevolmente diminuita, mentre in altri in condizioni gravi la diminuzione era meno spiccata.

La lipasi nei diversi liquidi enzimatici dei diabetici si riscontra anch'essa diminuita, come risulta dalle cifre trascritte.

La tripsina nei diabetici non ha dato modificazioni apprezzabili sicchè si può considerare pressochè uguale al normale.

Il trattamento insulinico nei diabetici ha rialzato notevolmente i valori della diastasi, discretamente quelli della lipasi, lasciando immodificati quelli della tripsina.

RIASSUNTO.

In 8 diabetici, da me presi in esame, la diastasi e la lipasi sono state in diminuzione, mentre la tripsina ha avuto pressochè valori normali. Il trattamento insulinico ha rialzato sensibilmente i valori diastasici e lipasici.

NOTE PREVENTIVE

Clinica Medica Generale della R. Università di Pavia.
Direttore: Prof. A. FERRATA.

Influenza del nucleo pirrolico nella formazione della emoglobina.

(Nota preventiva).

Dott. LUIGI VILLA, aiuto e docente di Clinica Medica.

In base a considerazione delle relazioni di costituzione chimica esistenti fra emoglobina e clorofilla, contenenti entrambe un elemento metallico, rispettivamente ferro e magnesio, ed aventi in comune un nucleo polipirrolico, già nel 1914 B. Oddo esprimeva il concetto che, se dall'analogia chimica si vuole estendere la indagine sulla funzione dei due pigmenti e sulla influenza dei due elementi metallici nei riguardi della formazione di essi, non si può non tener conto anche del nucleo pirrolico. Le esperienze di Pollacci e Oddo nel campo del pigmento vegetale hanno avvalorato questo concetto. Infatti, lasciando germinare semi di diverse specie in liquidi nutritizi privi assolutamente di ferro e contenenti, oltre i consueti elementi inorganici, quantità determinate di pirrolcarbonato di magnesio, crebbero piantine con tutte le foglie colorate normalmente in verde. Invece nelle identiche condizioni di esperienza, ma con soluzioni nutritizie esenti da ferro e da pirrolcarbonato di magnesio, crebbero piantine con foglie spiccatamente clorotiche.

Questi risultati portano gli AA. alla conclusione che la presenza del ferro, contrariamente a quanto è stato in precedenza ammesso, non è indispensabile per la sintesi della clorofilla, qualora nei liquidi nutritivi sia invece presente un prodotto pirrolico assimilabile; in tal caso poi il ferro deve agire da catalizzatore nella formazione del nucleo polipirrolico.

In base a queste premesse è apparso opportuno al Prof. B. Oddo ed a me di istituire ricerche cliniche con composti pirrolici in combinazione od associazione col ferro, in modo da arguirne l'influenza nei riguardi anche della sintesi emoglobinica e della ematopoiesi. Dopo vari tentativi con composti pirrolici diversi, è stata data la preferenza al metil-α-chetopirrolo, che veniva sciolto in un soluto acquoso a determinato contenuto di ferro, in guisa che in 2 cc. fossero contenuti gr. 0.05 di composto ferropirrolico. Il composto infialettato e sterilizzato veniva iniettato nei muscoli nella misura di una fiala al giorno. Il preparato non presenta alcuna tossicità, in rarissimi casi può inizialmente provocare un modico e fugace rialzo subfebbrile, o dare una lieve molestia al punto di iniezione.

Nelle prime ricerche, alle quali qui mi riferisco, sono stati sottoposti al trattamento in complesso 25 soggetti anemici e precisamente: quattro casi di anemia perniciosa, un caso di anemia a carattere ipocromico con achilia gastrica, un caso di anemia aplastica, un caso di anemia secondaria a cancro dello stomaco, un caso di anemia nel corso di tubercolosi polmonare, un caso di anemia nel corso di sepsi ed uno nel corso di endocardite reumatismale recidivante, un caso di anemia secondaria a metrorragie, quattordici casi di anemia da infestione di anchilostoma duodenale.

I risultati sono stati assai differenti da caso a caso, tuttavia la deduzione di indole più generale è che senza alcun dubbio la ematopoiesi riceve dal trattamento ferropirrolico una evidente stimolazione. Dei 25 casi hanno reagito negativamente o quasi soltanto un caso di anemia aplastica, uno di anemia da anchilostoma a carattere aplastico, due di anemia perniciosa. Gli altri tutti, e fra essi altri due casi di anemia perniciosa, hanno dimostrato una più o meno evidente reazione emopoietica. Questa è costituita sopratutto da un aumento giornaliero della emoglobina, che può variare da una media di mezzo grado al giorno ad una media di due gradi al giorno nei casi più fortunati, sicchè in capo a 20-30 giorni il tasso di emoglobina si trova aumentato in misura variabile dal 30-40 % al doppio e anche oltre del valore iniziale. In alcuni casi l'aumento della emoglobina è stato già nei primi 10-15 giorni superiore al 50 % del valore iniziale. L'aumento dei globuli rossi è per solito meno evidente di quello della emoglobina; esso avviene però in relazione a questo ed in guisa tale da risultarne nella grande maggioranza dei casi un progressivo avvicinamento del valore globulare all'unità. Sulla attività rigenerativa del midollo osseo in quanto si riferisce al comportamento dei leucociti, non risulta invece da queste prime ricerche alcun elemento di rilievo: nessuna influenza a carattere sistematico ha esplicato il ferropirrolo sul numero nè sulla composizione qualitativa dei globuli bianchi.

Altri particolari aspetti della attività emopoietica dovranno essere presi in considerazione per un giudizio interpretativo della attività del composto ferropirrolico sperimentato, ma è scopo preminente di questa breve nota preventiva segnalare che l'attività emoglobino-rigenerativa risulta essere, dal complesso

di questi primi risultati, il fenomeno essenzialmente svolgentesi con ritmo particolarmente attivo nel malato anemico per effetto del trattamento ferropirrolico, che acquista pertanto valore vero e proprio di trattamento curativo. In seguito ad ulteriore esperienza potrà farsi anche utilmente un raffronto tra gli effetti di questo trattamento e quelli di altri trattamenti terapeutici proposti in questi ultimi tempi, dei quali alcuni hanno un netto carattere di apporto pirrolico. Ed anche i concetti teorici, dai quali questi primi saggi hanno tratto origine, riguardanti la importanza del nucleo pirrolico nella sintesi del pigmento ematico, come in quella del pigmento vegetale, potranno trovare un terreno favorevole.

RIASSUNTO.

In conseguenza delle nozioni esistenti sulla costituzione chimica della emoglobina e della clorofilla, per analogia anche ai risultati ottenuti con preparati magnesio-pirrolici nella sintesi del pigmento vegetale, sono state fatte ricerche cliniche di orientamento sugli effetti della somministrazione parenterale di un preparato ferropirrolico in stati anemici di varia natura. Nella maggior parte dei casi l'effetto è molto evidente, la ricostituzione del patrimonio pigmentario del sangue avviene con rapidità e intensità notevoli. Questo risultato può avere insieme ad un significato teorico anche un valore pratico non indifferente.

APPARECCHI E STRUMENTI NUOVI

Ospedale del Littorio - Padiglione Morgagni - Roma.

Per una priorità. Epatico-coledocoscopia infraoperatoria.

Prof. dott. CESARE ANTONUCCI, l. d., primario chirurgo.

Ne *La Presse Méd.* (26 dic. 1931) è apparso un articolo di E. C. Craciun e V. Steopoe, intitolato la « Cholédoco-hépaticoscopie ».

In esso, gli Autori, dopo aver esposto tre casi nei quali all'operazione si erano trovati degli ostacoli insormontabili ad una esatta diagnosi e quindi a una corretta cura delle lesioni delle vie biliari, riferiscono di aver costruito un Coledoco-epaticoscopio, cioè uno strumento endoscopico per l'esame interno delle vie biliari, durante l'intervento chirurgico.

Essi dicono: « Fin da ora ci sembra dunque possibile determinare con questo mezzo la sede, la estensione e i caratteri biologici (biopsia) di una lesione altrimenti irraggiungibile delle tuniche interne e localizzata a livello di questi canali e dei rami principali del canale epatico.

« Questa esplorazione sarà completata, secondo il caso, da una dilatazione, da una cauterizzazione, dall'impianto di aghi radiferi o dalla messa in posto di un tubo protetico... ».

Il loro endoscopio, secondo le scarse indicazioni fornite, è ispirato dall'uretroscopio.

Ad un certo punto è detto: « Il *coledocoscopio, armato del suo mandrino*, è introdotto a 1-2 cm. attraverso una piccola incisione coledocale. Ritirato il mandrino e accesa la piccola lampadina, si procede all'esame diretto della mucosa, introducendo progressivamente il tubo. Aspirazione della bile per mezzo di un dispositivo analogo a quello impiegato in uretroscopia per l'aspirazione dell'urina ».

Concludono poi: « La coledoco-epaticoscopia sembra suscettibile di raggiungere una grande importanza pratica sotto il doppio punto di vista della diagnosi e della cura delle affezioni biliari iuxta e para-epatiche ».

Hanno esaminato le vie biliari *soltanto nel cadavere.*

Un'altra loro comunicazione sull'argomento è datata: « 25 giugno 1931, Riunione romena di Biologia; e C. R. Soc. de Biol., Paris, t. CVII, 1931 ».

Questa comunicazione non era a mia conoscenza, prima di ora.

Ogni chirurgo, che abbia pratica estesa di interventi sull'epato-coledoco, sa la difficoltà

di una esplorazione completa e soddisfacente di questi due tratti della via biliare principale.

Relativamente di frequente s'incontrano casi nei quali i soliti mezzi consigliati non lasciano il chirurgo tranquillo e convinto di aver liberato le vie biliari in maniera completa dai calcoli in esse contenuti.

In un mio caso ho avuto delle enormi difficoltà a vuotare un epatico dilatato di una grande quantità di piccoli calcoli conglomerati per mezzo di una abbondante sabbia biliare, benchè il canale, assai ampio, consentisse un controllo col mignolo fino all'ilo, e malgrado lunghe manovre di estrazione: nè, alla fine, ebbi la certezza di essere riuscito ad asportare tutte le concrezioni biliari.

In un altro caso, l'esplorazione con l'ago, dandomi una sensazione come di calcoli, mi si dimostrò fallace, poichè l'apertura del coledoco mi fece vedere un tumore stenosante al disopra del quale era un deposito di piccole concrezioni.

Nel 1926, cioè cinque anni prima degli AA. romeni, pensai che si potesse ovviare a queste difficoltà diagnostiche con l'esplorazione diretta di tutto il canale epato-coledoco mediante un adatto endoscopio.

La Casa Wolf — intermediario il suo rappresentante in Italia, — accettò di costruire su mie indicazioni questo endoscopio.

Dopo circa 2 anni di tentativi, resi difficili dalla costruzione del sistema ottico, mi fu consegnato l'Epatico-coledocoscopio, di cui presento la fotografia.

Esso è certamente di forma diversa e basato su un principio diverso da quello degli AA. romeni; e solo per questo mi sono deciso a renderlo di pubblica ragione.

Il brevetto di questo strumento è stato preso dalla ditta costruttrice in Germania nel 1928.

I requisiti, che io richiesi ai tecnici, erano i seguenti:

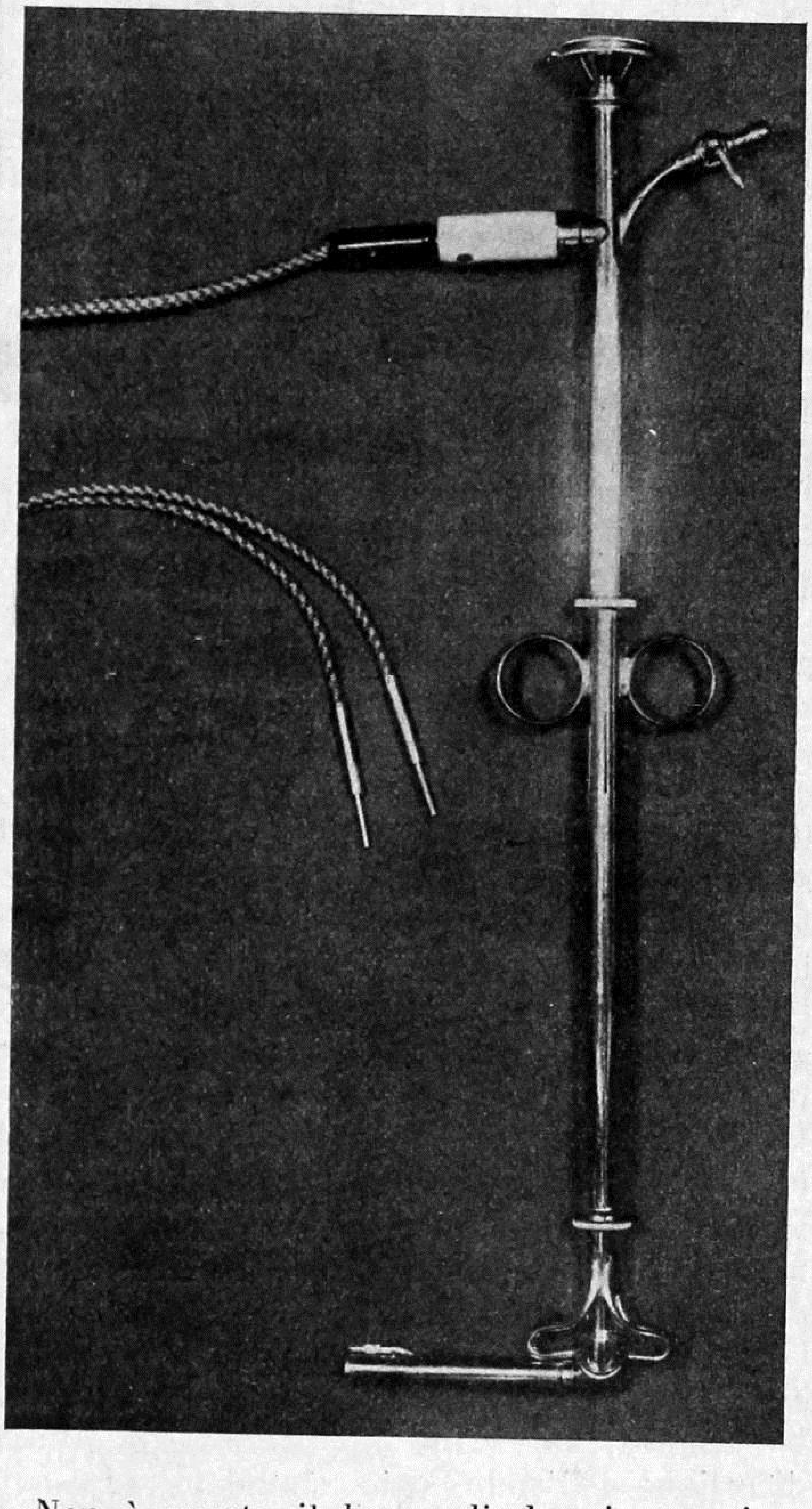
1) lo strumento deve permettere una visione comoda, cioè:

a) essere di tale lunghezza da non obbligare l'operatore ad avvicinarsi troppo col viso alla ferita operatoria;

b) avere *tale angolazione* nel suo estremo distale (in ciò è una delle differenze dall'endoscopio di Craciun e Steopoe, che, secondo le loro indicazioni, sembra essere *rettilineo*) da permettere la sua introduzione facile e la sua progressione nel canale epatico o nel coledoco agevole, senza che questi siano stirati o angolati, e, d'altro canto, senza che il padiglione dell'istrumento debba essere abbassato;

2) deve permettere o l'insufflazione di aria o, in modelli più perfezionati, il lavaggio continuo della via biliare;

3) deve consentire l'introduzione di adatti strumenti a scopo biopsico od operatorio. (A questo ultimo particolare fu rinunciato in quello che è il nostro primo modello, per non complicarne troppo la costruzione. Si mirò quindi sopratutto allo scopo diagnostico).



Non è questo il luogo di descrivere minutamente il nostro epatico-coledocoscopio.

La fotografia ne dà una idea sufficiente e ne dimostra la forma e qualcuno dei particolari.

Questo istrumento, che fino ad ora era noto solo ai miei più diretti assistenti, è stato da me adoperato soltanto nel cadavere.

Il sistema ottico mi si è dimostrato ottimo.

Un difetto è nella situazione della lampadina.

Essa si riscalda, e, se tocca la parete del

canale biliare, la ustiona. Questo difetto è da correggere.

La *tecnica della endoscopia* è molto semplice.

Si apre il coledoco poco al disopra del duodeno, dopo aver passato due anse di filo destinate a tenere fissi ed aperti i bordi della incisione.

Si aspira la bile con un aspiratore elettrico, introducendo la cannula dell'aspiratore stesso fino nelle vie biliari. Se la cistifellea non si vuota subito in maniera completa e, da essa, continua un flusso biliare, si può comprimere il cistico con l'estremo di una valva o con un Klemmer.

Introdotto l'endoscopio nella direzione in cui si desidera esplorare, si restringe su di esso l'apertura coledocale o con una adatta pinza o annodando temporaneamente i fili già posti. Si insuffla un po' d'aria per l'apposito condotto e si accende la lampadina.

Se l'esplorazione va fatta anche nel senso contrario, si estrae e s'introduce di nuovo l'istrumento, procedendo come sopra.

Ora, si potrebbe domandarmi per quali ragioni io non abbia reso di pubblica conoscenza questo strumento endoscopico.

In primo luogo, una più vasta esperienza di chirurgia delle vie biliari mi ha convinto che il numero dei casi nei quali l'uso dell'endoscopio potrebbe sembrare quasi indispensabile, è *relativamente molto esiguo*. Per lo più i mezzi abituali di esplorazione delle vie biliari mi sono stati sufficienti. In altri casi di grande complessità, esso sarebbe stato invece inutilizzabile.

Certo è però che la relativa rarità dei casi in cui una visione diretta dell'interno delle vie biliari sarebbe sommamente desiderabile, non ci autorizza a rifiutare un nuovo mezzo che potrebbe esserci utile.

Per la verità debbo dire ancora che la stessa casa costruttrice mi faceva presente la probabilità di una scarsa applicazione e quindi diffusione dell'endoscopio, citandomi ad esempio uno strumento gastroscopico, fatto costruire dal dott. Beck (*Zentralblatt f. Chir.*, 1924) per gastroscopia infraoperatoria attraverso una piccola apertura praticata nella parete anteriore dello stomaco.

Questo istrumento era costato al costruttore grandi fatiche e poi non aveva avuto alcun impiego pratico.

Mi impressionava d'altra parte la difficoltà e la pericolosità di troppe manovre sulle vie biliari del vivente; dato sopratutto il fatto della setticità di dette vie nei casi che più avrebbero potuto tentare ad una esplorazione endoscopica. Ebbi il dubbio che il vantaggio praticamente non fosse sufficiente a giustificare la relativa complessità delle manovre e il conseguente pericolo.

In più si aggiungeva la convinzione che lo strumento non era ancora perfetto.

Sopratutto la posizione della lampadina non mi soddisfaceva.

Come si vede, tutti gli argomenti critici, che si possono opporre a una endoscopia infraoperatoria delle vie biliari estraepatiche, mi erano presenti a tal punto da inibirmi completamente.

Per queste ragioni, lo strumento è stato da me tenuto inoperoso e ignoto, meno che a pochi, nel mio armamentario.

La pubblicazione degli AA. romeni mi ha dimostrato che la necessità, da me sentita, è stata avvertita anche da altri e che è stato tentato risolverla con lo stesso mezzo.

Allora ho creduto bene render noto il mio precedente tentativo, sopratutto perchè il mio endoscopio è di tipo, forma e costruzione diversissimi dal loro.

Roma, 3-1-1931-X.

RIASSUNTO.

L'A., dopo aver riferito su un endoscopio per vie biliari reso noto da due autori romeni, presenta un suo Epatico-coledocoscopio, per endoscopia infraoperatoria delle vie biliari estraepatiche, costruito fin dal 1928.

SUNTI E RASSEGNE.

APPARATO RESPIRATORIO.

Le iniezioni di lipiodol per la radiodiagnosi delle affezioni delle vie respiratorie.

Tecnica ed indicazioni (PAUL COTTENOT). — Il metodo del Sicard e Forestier che utilizza il lipiodol per rendere opache le cavità dell'organismo, ha trovato nell'apparato respiratorio le più interessanti applicazioni.

Il lipiodol non è tossico nè irritante per le mucose: è un olio contenente per cc. gr. 0,54 di iodo cioè il 40 %. Lo iodo in tali condizioni ha un peso atomico di 127, cifra molto elevata che offre alla sostanza la proprietà di essere impenetrabile ai raggi X. È innocuo perchè lo iodo è fissato e non viene messo in stato di libertà. Non è una sospensione nè una soluzione di iodo ma una combinazione con gliceridi degli acidi grassi non saturi. Il l. può essere iniettato nella trachea sia per via transglottidea, sia per via sottoglottidea. È stata consigliata la via sopraglottidea: consiste nello spingere l'iniezione per mezzo di una cannula curva, strisciata contro la base della lingua, dietro l'epiglottide. Sembrerebbe facile, ma se per un caso felice l'olio iodato non è caduto tutto nell'esofago, avviene che un colpo di tosse basta per espellerlo dalla trachea.

La via intrabronchiale è stata in rari casi messa in uso: si inietta attraverso un broncoscopio.

Forestier e Leroux impiegano la via transglottidea spingendo il liquido direttamente in trachea passando fra le corde vocali. Per la sua realizzazione corretta occorrono due condizioni indispensabili: sapere esaminare un laringe con lo specchio laringeo, realizzare una buona anestesia di tutta la regione. Cottenot preferisce la via sottoglottidea introducendo direttamente un ago in trachea perforando la membrana crico-tiroidea. L'ago deve essere curvo, di un 12 decimi di millimetro di diametro. È necessario, prima di introdurre il l. anestetizzare la trachea. Il l. deve essere intiepidito a bagno maria. La quantità non deve essere inferiore ai 30 cc.

La maggior parte del l. iniettato è espettorato nelle ore che seguono all'esame. I movimenti del p. eccitano la tosse nel corso dei cui accessi il l. è espulso. Una parte resta negli alveoli polmonari e può restarvi per giorni e mesi. La rapidità dell'espulsione dipende dalla facilità o meno alla tosse del p.; varia seconda l'elasticità del polmone. D'altronde la tolleranza della mucosa verso l'iodo è grande: non determina fatti irritativi sulla mucosa alveolare; una parte può anche essere assorbita nei giorni seguenti.

Come accidenti sono da segnalarsi: piccoli segni di iodismo (Sergent, Cottenot), lacrimazione, gonfiore del viso, gonfiore doloroso delle ghiandole salivari.

Eccezionalmente sono stati segnalati fatti più seri, senza gravità, come edema del laringe, eritema circinato (Rist, Hirschberg, Ill, Raulot Lapointe).

Più gravi sono gli accidenti segnalati in esplorazioni eseguite in tbc. polmonari: fenomeni congestivi, emottisi, ed anche casi di morte (Aumont, Senousse, Caussimon), donde la controindicazione dell'uso del l. nei tbc.

Disegno dell'albero bronchiale normale: le differenti parti si disegnano più o meno nettamente a seconda la più o meno completa replezione per parte del l. Si vedono od ammassi di piccole macchie conglomerate a contorni policiclici (lobuli polmonari opacati); i piccoli bronchi sono completamente opachi se essi sono completamente riempiti di l., ovvero si presentano come un tratto chiaro fra due bordi opachi se il l. bagna semplicemente le loro pareti. Possono così disegnarsi anche i contorni dei bronchi di medio e grosso calibro. Queste diverse immagini possono combinarsi in modi differenti. Si possono vedere anche dei bronchioli come spezzati: questo non deve offrire valore patologico perchè significa che il lipiodol si è arrestato (aspirazione della gabbia toracica insufficiente ovvero presenza di muco).

Immagini patologiche; è molto differente nei vari casi ed in taluni è assai caratteristica. Od è un blocco impermeabile che impedisce al l. di entrare in tutto un territorio polmonare, ovvero l'albero bronchiale opacato è respinto contro l'ilo da una raccolta pleurica, ovvero il l. scola in una cavità patologica sviluppata a spese dei bronchi o del parenchima, e di essa cavità ci rivela l'esistenza, la sede, la forma, l'estensione. Affinchè una cavità patologica sia messa in evidenza è necessario che sotto l'influenza della gravità da una parte e dell'aspirazione toracica dall'altra, l'olio iodato arrivi fino all'orifizio che fa comunicare questa cavità con i bronchi. In secondo luogo è necessario che la cavità patologica comunichi con un bronco attraverso un largo orifizio: infine bisogna che la cavità sia vuota perchè se essa è piena di pus il l. non può penetrarvi.

Il lipiodol esplora le dilatazioni bronchiali. Si può dire (FRANCIS BORDET) che data la facilità con la quale il l. vi penetra la diagnosi delle dilatazioni bronchiali è quella che più si è avvantaggiata del nuovo metodo. In tesi generale si può dire che i progressi realizzati mercè l'opacazione dell'albero bronchiale nella dilatazione dei bronchi sono anzitutto pratici: nessuna acquisizione teorica importante ne è venuta. Senza il l. la diagnosi radiologica delle dilatazioni bronchiali è possibile, ma

le immagini caratteristiche non sono frequenti: questo è vero specialmente per le dilatazioni cilindriche della base la cui sintomatologia radiologica è quasi inesistente (Cottenot). Il l. mostra l'allargamento di alcuni bronchi dilatati. I bronchi dilatati presentano un calibro quasi uniforme fino alla loro estremità invece di restringersi progressivamente. Il carattere è evidente se si confrontano tali immagini con quelle di vicini bronchi normali, a meno che non si prenda per bronco dilatato un bronco molto lontano dalla lastra radiografica e quindi con proiezione allargata. Per evitare ciò basta prendere la radiografia ad una distanza sufficiente per ridurre al minimo l'ingrandimento dovuto al cono d'ombra.

Le dilatazioni ampollari eccezionalmente danno dei sintomi radiologici più netti: sono immagini vacuolari più o meno nette su un fondo un poco scuro, talora aggruppati ad ammassi nelle vicinanze dell'ilo, talora isolate o disseminate. Ma queste immagini sono incostanti e di interpretazione delicata. Al contrario il l. dà immagini caratteristiche: quando il l. riempie solamente l'estremità di un bronco dilatato, offre un'immagine a nido di piccione, con bordo inferiore convesso in basso ed un livello superiore orizzontale. Queste immagini si vedono specialmente nel mezzo del campo polmonare, talora isolate, più spesso aggruppate o distribuite lungo il tragitto bronchiale. Bisogna guardarsi (Sergent e Cottenot) dalle false immagini a nido di piccione nelle vicinanze dell'ilo e dovute a ristagno del l. nell'angolo di un grosso bronco. Quando i bronchi dilatati sono riempiti fino ad una certa altezza, le dilatazioni possono presentarsi sotto l'aspetto di grappoli d'uva, o di dita di guanto più o meno irregolari, specie alle basi, o di grossi grappoli di banane. Talora i bronchi dilatati ed avviluppati da tessuto scleroso, sono meno regolari e prendono l'aspetto di grappoli di glicine.

Ma il l. non solo ci ha facilitato la diagnosi di dilatazione bronchiale ma ci ha fatto convincere di altri fatti. Così Sergent ha potuto stabilire che la fetidità dell'espettorato era in relazione con l'esistenza di dilatazioni ampollari irregolari favorenti la ritenzione; Rist, Jacob ed altri dimostrarono la frequenza delle false immagini di pleurite mediastinica. Il l. facendo comparire nelle classiche opacità triangolari paramediastiniche inferiori un fascio di cavità allungate a dito di guanto, ha mostrato che in simili immagini si nascondevano il più spesso dei blocchi di sclerosi bronchiettasica.

Quelle ombre triangolari della base che nessuno avrebbe esitato in altri tempi a riportare ad una pleurite mediastinica ci appaiono sempre più come uno dei migliori segni in favore di un focolaio di bronchiettasie inglobate da un blocco fibroso: di qui la necessità di una revisione delle classiche descrizioni radiologiche dell'aspetto delle pleuriti mediastiniche.

Un altro fatto, conseguenza dell'applicazione del l., è data nella possibilità di riuscire a distinguere le broncorree purulente della dilatazione dei bronchi da quelle che risultano dall'apertura nei bronchi di una raccolta purulenta polmonare o pleurica. È un segno differenziale il fatto che il l. iniettato nel laringe non penetra nè negli ascessi del polmone nè nelle pleuriti fistolizzate nei bronchi (Sergent e Cottenot): se il l. riesce a penetrarvi è perchè esiste una secondaria dilatazione bronchiale. Certo che questo metodo di differenziazione vale per i focolai isolati.

In conclusione il profilo delle dilatazioni bronchiali opacate ha un valore semeiologico veramente patognomonico: solo le dilatazioni ampollari possono prestarsi a confusione con i piccoli ascessi peribronchiali. Ma un altro problema ci si presenta e la sua soluzione avrebbe un grande interesse pratico: il problema delle immagini delle vescicole enfisematose. Sfortunatamente ci manca la documentazione con controllo anatomico e finchè questo non avremo ci sarà difficile dire se le vescicole enfisematose si lasciano opacare o no, e se la loro ombra differisce o non da quella delle dilatazioni bronchiali. Al riguardo, finora possiamo col Sergent dire, che avremo torto se ad esse non pensassimo nell'interpretazione di certe radiografie. Infine la pratica col l. ha mostrato che le parti chiare o diafane osservate in alcune zone di opacità non corrispondono sempre alle zone di invasione del l., ma al contrario sono le parti più oscure che si trovano rinforzate dalla iniezione opacante.

Ma talora avviene che il l. fallisce: questo è dovuto sia a difetto di tecnica, sia ad ostacoli situati nell'albero bronchiale, sia ad insufficiente aspirazione toracica. In caso di ostruzione bronchiale ci sarà di grande aiuto la broncoscopia sia per determinare la natura dell'ostacolo sia per tentare di rimuoverlo.

Un altro problema nella interpretazione delle immagini bronchiali con il l. ci è offerto dalla diagnosi difficile delle piccole dilatazioni bronchiali il cui profilo al l. differisce di poco da quello delle immagini normali. Bonaour e Badolle che si sono occupati dell'argomento, concludono che la descrizione delle arborizzazioni normali non è esatta perchè basata su ricerche eseguite in polmoni non garantiti sani. Nessun bronco sano, secondo essi, dovrebbe essere visibile col l. Ogni bronco opacato corrisponderebbe ad un bronco ammalato, per lo meno di bronchite cronica e consigliano opportune misurazioni della larghezza dei bronchi resi visibili, per dedurne il carattere patologico o normale.

Sergent e Cottenot hanno dimostrato la irrealtà di tali fatti: domandare allo stato attuale alla broncografia di fornire criteri indiscutibili dell'integrità bronchiale, significa esigere precisazioni che essa non può garantire.

Il l. negli ascessi del polmone. I dati semeiologici acquisiti negli ascessi polmonari per mezzo dell'iniezione di l. fanno parte integrante del loro quadro clinico. L'osservazione radiografica deve riguardare la zona ascessuale e le immagini bronchiali a distanza (KOURILSKI).

Come canone bisogna ammettere che il l. non penetra nella zona dell'ascesso. Se esisteva un grosso ascesso con livello liquido, l'immagine persiste senza tracce di l. nel fondo liquido; se esisteva una epatizzazione forata da una immagine anulare senza livello, essa non si presenta iniettata, se infine prima dell'iniezione si constatava una zona condensata senza visibile escavazione, lo stesso aspetto permane dopo il l. Questo si arresta a poca distanza dalla zona affetta e la circonda, mentre il resto del campo è iniettato dall'alto in basso. Abbiamo già visto la ragione di tale mancata penetrazione, e perchè il più spesso la fistola lunga e tortuosa che porta all'ascesso non può essere attraversata dal l. Per iniettare il l. nell'ascesso bisogna portarcelo direttamente con puntura dall'esterno (fatto possibile solo nei grossi ascessi), oppure bisogna introdurre il l. nella cavità dopo aspirazione broncoscopica preventiva (anche in questo caso operazione di difficile riuscita). Un'eccezione a questa regola è data dagli ascessi peribronchiali, ascessi che si vedono comparire dopo lunghe broncopolmoniti e che guariscono: in tali casi il l. disegna nei focolai suppuranti delle immagini bollose transitorie, ed è questo il solo caso in cui l'iniezione intratracheale penetra direttamente negli ascessi del polmone.

Negli ascessi semplici, non fetidi del polmone terminanti il più spesso con la guarigione, le immagini bronchiali non si deformano.

La semeiologia al l. degli ascessi putridi è molto più ricca: anche qui il l. per via tracheale non penetra nella cavità, benchè anche qui ci sono delle eccezioni. Allorchè si mettono in evidenza delle chiazze di l., può trattarsi di un ascesso peribronchiale, ma questa ipotesi deve essere confermata dal risultato felice di una aspirazione broncoscopica e dal risultato negativo di una nuova iniezione di l. È questa una eventualità rara negli ascessi putridi: e l'esistenza di una cavità iniettata di l. nel mezzo di un ascesso putrido deve piuttosto far pensare ad una antica bronchiettasia secondariamente divenuta cavità ascessuale.

È invece più frequente che il l. penetri nella zona sclerosa periascessuale. In tal caso è difficile risolvere il quesito se le cavità iniettate sono polmonari o bronchiali. Le deformazioni bronchiali raggiungono qui il loro massimo. Le prime lesioni bronchiali interpretabili chiaramente sono quelle che possono chiamarsi di « dislocazione bronchiale » cioè l'iniezione di calibro irregolare di un dato territorio bronchiale. Aspetto moniliforme, vermicolare, stenosato dei bronchi. Tutti questi fatti sono di facile interpretazione a patto che coesistano segni radiologici di sclerosi polmonare. In un grado più avanzato abbiamo l'ectasia bronchiale: la esagerazione dell'aspetto precedente.

Molteplici chiazze di l. si trovano nel mezzo di un blocco di sclerosi: i bronchi sono dislocati, ripiegati, tortuosi, e non possono essere iniettati nella loro continuità, invece di un aspetto moniliforme si riscontra una serie di immagini cupoliformi. Esiste sempre una sclerosi pleuropolmonare chiara.

Nella diagnosi delle suppurazioni polmonari, ascessi propriamente detti, il l. si rivela necessario allorchè si tratta di dover distinguere un grosso ascesso da una pleurite incistata, fra ascesso e dilatazione bronchiale. Nel primo caso la iniezione diretta entro la tasca del l. è preziosa poichè ci può perfino far vedere iniettato il cul di sacco pleurico laddove credevamo un ascesso. Nel secondo caso il l. permette senz'altro la differenziazione delle ectasie. Ma accertata una ectasia, il problema non è risolto, poichè resta a sapere se si tratta di bronchiettasie semplici senza ascessi, se si tratta di bronchiettasie ascessuali, ovvero di ascessi bronchiettasici.

Per quanto riguarda eventuali effetti terapeutici del l., dobbiamo convenire essere presso a poco nulli: la sola utilità terapeutica del l. è di permettere una diagnosi topografica esatta delle lesioni sulle quali si deve intervenire. I principi dell'intervento infatti si basano sui seguenti fatti:

Si tratta di un ascesso recente senza deformazione bronchiale, sarà sufficiente una pneumotomia con raschiamento delle pareti, a patto di farla entro i due mesi.

Se si tratta di ascesso cronico con un certo grado di dislocazione bronchiale, occorrerà una pneumotomia con exeresi delle pareti.

Se si tratta di un ascesso cronico con dislocazione ed ectasie bronchiali con sacche di lipiodol in mezzo a tessuto scleroso, occorrerà il più possibile ricorrere all'aspirazione broncoscopica e se questa è inefficace, ricorrere alla difficile operazione della cuneo pneumectomia.

Se si tratta di ascesso subacuto peribronchiale non precipitarsi con l'intervento ma ricorrere alla aspirazione broncoscopica.

Se si tratta di suppurazione fistolizzata, non intervenire se prima il l. non ha dimostrato esistenza o meno di bronchiettasie inoperabili.

Il l. nelle pleuriti purulenti. Da quanto precede deduciamo che le pleuriti incistate, aperte nei bronchi, si lasciano opacare dal l. intratracheale tanto difficilmente quanto gli ascessi del polmone. Tuttavia nelle pleuriti della grande cavità il l. offre una caratteristica immagine: nell'ombra diffusa, omogenea, nella quale si confondono la proiezione pleurica e parenchimatosa, il l. permette di dissociare l'ombra del polmone respinta verso l'ilo come il moncone di un pneumotoracizzato; i bronchi opacati, respinti, disegnano delle arborizzazioni dense che permettono di individuare la forma e l'estensione del moncone e la imponenza della raccolta pleurica. L'iniezione del l. nella pleura fa disegnare i contorni della cavità purulenta, cosa preziosa specie nelle raccolte della cavità destra in vista della delimitazione dell'ombra epatica.

Il l. nei tragitti fistolosi: toracici, permette di esplorarne la direzione, la lunghezza ma specialmente la fine in un cul di sacco della parete ovvero nella grande cavità pleurica o con i bronchi. L'esplorazione è importante per decidere o non un intervento chirurgico.

Il l. nella identificazione dei corpi estranei nelle vie respiratorie: un corpo estraneo intrabronchiale, invisibile ai raggi X per la sua debole opacità, può esser messo in evidenza con il l. Peraltro è da notare che la lettura e l'interpretazione di siffatte immagini è delicata.

Il l. nell'esplorazione radiologica degli interlobi polmonari: è nota la grande diversità di posizione radiologica delle scissure interlobari, fatto questo dipendente dalla diversità delle modalità anatomiche di posizione delle scissure stesse. I procedimenti di esame delle scissure dipendono dalla trasformazione delle immagini secondo l'incidenza dei raggi X: qui più che mai è la radioscopia che deve orientare la radiografia. Quando esiste una lesione dell'interlobo questa non sarà visibile nelle abituali condizioni di esame, cioè con ampolla nella media posizione (H. d'hour). L'interlobo diviene visibile elevando l'ampolla all'altezza della testa (esame anteriore), ovvero all'altezza del bacino (esame posteriore). Con l'ampolla all'altezza media, l'interlobo patologico diviene visibile solo negli esami obliqui o di profilo. Spesso lo spostamento dell'ampolla è insufficiente ed allora bisogna ricorrere allo spostamento del malato. Lo spostamento dello schermo contribuisce poco alla visibilità delle scissure. Da ricordare che nella posizione lordotica del malato, compariranno con maggior precisione le immagini scissurali poco visibili con i normali procedimenti. Allorchè sarà sospettata clinicamente e radiologicamente una pleurite interlobare, si dovrà procedere alla puntura esplorativa non al letto del malato, ma sotto lo schermo radioscopico: la puntura sarà completata dalla iniezione di l. che permetterà di limitare il versamento e farà trovare il punto declive ove intervenire chirurgicamente.

(La numerosa bibliografia in proposito è reperibile nel n. 2 del 1931 degli *Archives médico-chirurg. de l'appar. respiratoire.* Doin, edit.).

MONTELEONE.

L'enfisema mediastinico acuto.

(J. GATELLIER. *Archiv. des malad. de l'appar. respirat.*, 1931, n. 3).

L'enfisema mediastinico acuto non è rarissimo abbenchè i trattati appena appena ne facciano menzione: eppure l'esatta diagnosi e la appropriata terapia possono salvare individui in realtà difficilmente salvabili. In genere si tratta di feriti da proiettile penetrato nel torace, ovvero traumatizzati per schiacciamento, compressione, scoppio. In seguito ad un colpo di tosse o di uno sforzo da essi fatto sono colpiti da dispnea e cianosi intensa; i grossi vasi sono compressi, il cuore difficoltato nella sua funzione, i polmoni schiacciati. Il polso diviene piccolo, frequente, e spesso, secondo Sauerbruch, il cuore si arresta prima del respiro. Viene descritto come segno caratteristico la crepitazione soprasternale, ma questa compare tardivamente: all'inizio la palpazione nella fossetta sovrasternale dimostra come un cuscinetto elastico. In uno stadio avanzato si percepisce la bolla crepitante. Questo è in genere il quadro nei casi acutissimi, ma in molti la forma è progressiva e se si interviene prima della comparsa dei sintomi gravissimi si può operare nelle migliori condizioni. Nella diagnosi molta importanza deve attribuirsi al dolore frenico, precoce, costante, alla scomparsa dell'ottusità precordiale, alla radioscopia che al contrario di quanto si osserva nel pneumoterapeutico, o spontaneo, dimostra uno schiacciamento del polmone verso la parete esterna del torace, bilateralmente, con esagerazione dello spazio chiaro mediastinico, in specie alla base ed all'apice. L'esame radiologico ha grande importanza per mostrare se vi è concomitanza di pneumo. I sintomi, di un enfisema sottocutaneo di vicinanza o di un enfisema da ferita laringea, sono meno imponenti e si differenziano facilmente. Così pure benigni sono i sintomi nelle ferite perforanti della cupola polmonare.

In seguito ad insufflazioni mediastiniche sperimentali, in seguito ad autopsie ed osservazioni cliniche, Gatellier studiando la patogenesi dell'enfisema mediastinico acuto, crede di poter scartare anzitutto l'esistenza di un enfisema mediastinico per propagazione di un enfisema sottocutaneo generalizzato.

Il punto di partenza è mediastinico e resta la lesione mediastinica. I due tipi clinici: brutale l'uno, progressivo l'altro, corrispondono a lesioni anatomo-patologiche differenti: lesioni polmonari con pneumotorace o grave lesione bronchiale in un caso con insufflazione diretta del mediastino, lesione di enfisema polmonare disseccante ed interstiziale con propagazione mediastinica nell'altro. Per l'aria versata nel mediastino non esiste che una via di uscita: l'orifizio superiore del torace che al contrario non può servire da ingresso alla propagazione di un enfisema sottocutaneo.

Il carattere di gravità immediata che riveste l'enfisema del mediastino esige l'intervento immediato e l'evacuazione rapida dell'aria infiltrata. Per essa sono stati proposti diversi metodi di cura. Anzitutto punture e sbrigliamenti cutanei. Sauerbruch ha consigliato la toracotomia nella camera pneumatica: i due suoi operati sono però morti all'uscita della camera pneumatica per il ripetersi dell'accidente. Insufficiente è l'incisione soprasternale del Lejars che drena solo il mediastino anteriore. Tiegel e Lenormant hanno completato questo trattamento applicando una ventosa od un Potain. Il metodo del Le Fort che usa la via sterno-cleido-costale con sezione mediana del manubrio sternale non sembra rapido. Il metodo proposto ed usato dall'A. sembra essere più semplice ed ha dato quattro risultati fausti. Esso consiste nei seguenti tempi:

Anestesia locale, od in caso di urgenza, nessuna anestesia. Posizione del p. semiseduta.

a) incisione curvilinea di sei sette cm. al disopra del manubrio.

b) incisione parallela dell'aponeurosi cervicale superficiale e sezione del bordo anteriore del capo sterno mastoideo.

c) non arrestarsi se si vedono uscire alcune bolle gassose per l'invasione secondaria dello spazio sottosternale. Legare l'anastomosi trasversale delle vene giugulari anteriori.

d) incisione trasversale dell'aponeurosi media, separazione con la sonda scannellata dei muscoli sotto-ioidei destro e sinistro.

e) portare sulla faccia anteriore della trachea il dito o la sonda e camminare contornando i bordi, dall'avanti all'indietro fino a giungere a contatto del rachide. Non irritare il ricorrente all'indietro, nè lo pneumogastrico incluso nella guaina vascolare.

f) sfondare da ciascun lato il setto sagittale penetrando nello spazio retroviscerale. Tutte le logge cervicali sono in tal modo aperte.

g) facilitare il drenaggio dell'aria ingrandendo le vie di comunicaione ed applicando un drenaggio gomenolato.

Il procedimento descritto sorto dalla pratica bellica si può applicare anche alla pratica medica corrente nell'enfisema del bambino da pertosse, nelle broncopolmoniti. Un tal intervento rende la prognosi meno infausta.

MONTELEONE.

Corpi liberi intrapleurici.

(PRUVOST, LEPENNIER, MEYER. *Archiv. des malad. de l'appar. respirat*, 1931, n. 3).

Da alcuni anni sono state riportate molte osservazioni di corpi liberi intrapleurici nel corso di pneumo-artificiali. I sintomi sono esclusivamente radiologici: talora il malato avverte una sensazione di colpo intrapleurico.

Questi corpi possono essere liberi o peduncolati, perfettamente tollerati, finiscono per scomparire. Quasi sempre essi sono consecutivi ad un versamento liquido.

Il caso descritto dagli AA. riguardava una diciannovenne in cura pneumotoracica dal 1926. Quattordici mesi dall'inizio compare un versamento liquido, minimo, afebbrile. Nel maggio del 1928 continuando i rifornimenti gassosi quindicinali si deve aumentare la pressione intrapleurica. Nel luglio radiograficamente si nota nel cavo pleurico un'ombra « a batacchio di campana » dell'altezza di 4 cm. a mezza distanza dal mediastino e dalla parete ascellare, allargata a pera, di opacità discreta, non omogenea. L'ombra era nettamente mobile, oscillante nelle diverse posizioni prese dal malato. Lo spostamento del corpo mobile non era accompagnato da alcuna sensazione per parte del p., nè con lo stetoscopio si percepiva alcunchè: silenzio completo nell'emitorace corrispondente. Il collasso del polmone era completo e l'ombra peduncolata finemente non aveva nessun rapporto con esso. Nell'agosto del 1929 il liquido era scomparso completamente ed il corpo mobile non si scorgeva più.

I casi descritti antecedentemente somigliano perfettamente al presente: il primo sembra essere quello del Fleischer di Vienna (1922); seguirono altri casi descritti da AA. tedeschi. In Francia il primo venne descritto dal Sergent e Bordet i quali pensarono non fossero dovuti a rottura del peduncolo di un agglomerato di pseudo membrane, ma fossero dovuti a coagulazione massiva di liquido. Più tardi U. Guinard descrive un caso che aveva potuto seguire fin dall'inizio della costituzione del corpo mobile, per un anno: in origine si trattava di una massa immobile al disopra del cul di sacco costodiaframmatico. Il liquido coesistente non superò mai il livello della cupola diaframmatica; il Guinard concludeva per una origine da una proliferazione cellulare della parete pleurica ovvero da false membrane primitivamente peduncolate.

Düll, Klinkowstein, Balajeva, Piguet, Jennaret ritengono questi corpi mobili originarsi da un versamento di sangue.

Le esperienze del Max Brandt eseguite iniettando in pleure di animali del carminio o dell'olio di catrame non illuminano la questione e finisce anch'egli per porre la domanda se i corpi liberi sono una produzione ematica od un agglomerato di fibrina. Il problema resta perciò insoluto a meno che una pleuroscopia modernamente eseguita ed un esame istologico non apportino definitive delucidazioni.
MONTELEONE.

MILZA.

Aspergillosi splenica: inoculazione intrasplenica.

(A. NAUTA. *Revue Belge des Sciences Méd.*, giugno-luglio 1931).

L'A., allo scopo di sviluppare le ricerche di Lucet sulla splenite aspergillare ipertrofica, ha inoculato in 36 conigli, 9 cavie e 8 cani, grossi frammenti di vecchie culture di aspergilli, direttamente nella milza. Le esperienze furono eseguite con 18 specie diverse di aspergillo.

Nel coniglio in generale la malattia è subacuta per il fumigatus, il gracilis ed il sulfureus; per le altre specie è cronica e costituita da una cachessia lenta, che evolve in un tempo che varia da 3 a 5 mesi. Alcuni aspergilli, come l'A. janselmei e l'A. gracilis provocano una cachessia con grave e rapido dimagramento, con grossa milza siderosica e congesta.

All'autopsia si trovano molto spesso dei focolai epatici e polmonari, generalmente una milza un po' grossa, congesta, siderosica.

Le esperienze eseguite dall'A. non sono sufficienti per stabilire un indice del potere patogeno dei vari aspergilli adoperati; esse però permettono di concludere che diversi aspergilli non si distinguono dal punto di vista patogeno dal fumigatus, per quanto appartenenti a gruppi differenti.

Nei cani, in 5 casi su 7 inoculati per via intrasplenica, l'aspergillo determinò delle lesioni evidenti: talora lesioni localizzate, talora micetoma suppurato, talora siderosi diffusa con sclerosi della milza. La siderosi micosica persiste talora anche dei mesi e presenta un certo interesse diagnostico.

L'infezione può rimanere localizzata nella milza o generalizzarsi al fegato ed al polmone. Nei due casi il fatto più notevole è la cachessia, cachessia che è particolarmente frequente dopo inoculazione intrasplenica. Sembra dunque che l'innesto diretto sulla milza sia, più che gli altri metodi di inoculazione, capace di dimostrare il potere patogeno degli aspergilli. La facilità con la quale si determinano certe siderosi micosiche della milza, con cachessia, sembra all'A. suggestiva, e l'inoculazione intrasplenica deve essere considerata come il procedimento di scelta.
C. TOSCANO.

La funzione della milza in rapporto col sangue circolante.

(N. PENDE e M. BUFANO. *Hematologica*, Archivio, 1931, f. I, pag. 45).

Allo scopo di chiarire sempre più i rapporti funzionali fra milza e sangue gli AA. hanno somministrato a 9 individui della milza fresca per via rettale, mettendosi così nelle migliori condizioni per produrre un ipersplenismo sperimentale.

Hanno quindi eseguite ricerche complete sul sangue, riscontrando principalmente:

1° segni di eccitamento atipico della funzione leucocitogena del midollo osseo dimostrato dalla presenza in circolo di forme immature delle tre serie di globuli bianchi;

2° un netto e costante aumento della resistenza osmotica delle emazie.

Questi risultati sperimentali sembrano avere qualche analogia con quelli ottenuti da Godarde e Palios (*Revue de Chirurgie*, 1931, n. 2, pag. 63): questi autori nelle loro ricerche intorno agli effetti della splenectomia sperimentale e chirurgica, sulla composizione del sangue constatarono una notevole e costante anemia nei primi giorni successivi alla splenectomia.

Osservarono altresì che tale diminuizione non si produce se in luogo della splenectomia si determina l'esclusione della milza mediante legatura del peduncolo splenico e per mezzo di scarificazioni sul parenchima si produce un versamento di succo splenico nella cavità peritoneale.

Ne conclusero che la splenectomia provoca nei primi giorni successivi all'atto operatorio una intensa emolisi e che tale emolisi è dovuta alla mancanza di una secrezione interna protettiva della milza sui globuli rossi (Funzione emofilattica della milza).

Si potrebbe pensare che tale funzione emofilattica della milza si esplichi sulla resistenza osmotica delle emazie.
PAGGI.

CENNI BIBLIOGRAFICI

V. De Giaxa. *Igiene delle città*. Un vol. in-8° di 398 pag. con 116 fig. Monografia VII del Trattato italiano di igiene diretto dal Prof. O. Casagrandi, Unione tipografico-editrice, Torino.

L'igiene delle città, di questi mostruosi agglomeramenti umani è venuta man mano assumendo sempre maggiore importanza allo scopo di impedire che da queste artificiose condizioni di vita ne derivino dei danni alle popolazioni.

In questo volume, sono trattati tutti i problemi inerenti all'igiene delle città: demografia, condizioni di vita, l'ambiente, l'atmosfera, l'approvvigionamento idrico, i mercati, la viabilità, le immondizie stradali, ecc.

Il volume è stato dettato dal compianto prof. De Giaxa (*tanto nomini...*) ed è degno in tutto della fama del chiaro igienista. In appendice è considerata l'abitabilità urbana, con tutti gli argomenti inerenti, quali, le malattie in rapporto con l'abitabilità urbana, le cause d'insalubrità delle abitazioni, i diversi tipi di case, e così via. *fil.*

P. L. Fiorani Gallotta. *Igiene della casa*. Un vol. in-8° di 367 pag. con 249 fig. rilegato. C. editrice A. Milani (Cedam), Padova, 1931. Prezzo L. 45.

Il problema della casa ha un alto significato igienico, sociale, demografico e morale e va preso seriamente in considerazione dai singoli e dallo Stato. Bene ha fatto il prof. Fiorani Gallotta a studiarlo a fondo in questo suo volume che raccoglie tutte le notizie inerenti all'igiene della casa.

Considera dapprima il valore igienico e sociale dell'abitazione, la morbosità e mortalità in rapporto con i diversi tipi di essa, la polvere, i germi che vi si contengono.

Passa poi allo studio del terreno di costruzione, dell'orientamento, della disposizione dei locali, delle città giardino ed, in un capitolo di spiccata impronta personale, della casa rurale, argomento spesso trascurato in altri trattati e della massima importanza per il nostro Paese.

Vengono, in seguito, esaminate: le varie parti della casa, l'umidità dell'abitazione, la viziatura dell'aria, la ventilazione, l'illuminazione, il riscaldamento, la provvista di acqua, le latrine, la fognatura, i bagni, la raccolta e l'allontanamento delle immondizie. In appendice sono raccolte le principali disposizioni di igiene del suolo ed abitato.

Tutti i lati dell'interessante problema vengono così trattati esaurientemente, sulla base anche di osservazioni personali e col sussidio di molte figure dimostrative; sono riportati numerosi dati di notevole utilità; nei singoli capitoli, vengono anche descritti vari metodi di esame (viziamento dell'aria, umidità, ecc.). Il bel volume, di cui ogni copia è firmata dall'A., è presentato da una prefazione del prof. Casagrandi, che ne mette in luce gli alti meriti. *fil.*

A. Loewy. *Ueber Klimatophysiologie*. Un vol. in-8° di 77 pag. con 13 figg. G. Thieme, ed. Leipzig, 1931. Prezzo RM. 4,80.

Questo libro del Loewy, che è Direttore dell'Istituto di Davos per ricerche sul clima di alta montagna e sulla tubercolosi, pur senza costituire un vero trattato di climatologia, si occupa delle questioni più importanti su tale argomento, che interessa medici e meteorologi.

Nella parte generale, l'A. tratta il clima e le sue azioni, la classificazione dei varî climi ed i metodi fisiologici per il loro studio. Si occupa poi, nella parte speciale, dell'irraggiamento solare e dei diversi climi, marino desertico, tropicale, di altezza.

Esposizione sintetica e chiara. *fil.*

S. De Candia. *Alimentazione e costituzione*. Un vol. in-8° di pag. 177. L. Cappelli, Bologna, 1931. Prezzo L. 20.

Molto opportunamente il prof. Pende fa rilevare nella prefazione la novità dell'argomento trattato in questo volume sui rapporti fra alimentazione e costituzione. Nello studio dei problemi dell'alimentazione, considerati un tempo troppo unilateralmente dal punto di vista chimico e calorico, completato poi con i concetti sulle vitamine e sui minerali, erano state del tutto trascurate le questioni riguardanti l'individuo.

Scarso aiuto ha quindi avuto l'A. dalla letteratura sull'argomento, mentre ha dovuto quasi esclusivamente basarsi sulle ricerche personali, fatte con uno studio sistematico sull'influenza esercitata da diversi carichi alimentari sul sistema endocrino-vegetativo. Egli ha così osservato variazioni diverse della glicemia, del metabolismo basale, ecc., a seconda che l'individuo è iposurrenalico, ipertiroideo, ipopituitarico, ecc. Ne risulta che l'azione di un determinato alimento si esplica sull'organismo anche attraverso modificazioni da esso indotte sulla funzionalità del sistema endocrino-vegetativo, diverse secondo gli individui e che sono da tenersi presenti per una terapia dietetica razionale.

I diversi tipi di costituzione spiegano inoltre le varie tendenze alimentari fisiologiche, che vengono sinteticamente delineate dall'A.

In base a questo lavoro, si può pertanto arrivare ad una dietetica razionale, individualizzando l'alimentazione a seconda dei particolari bisogni della costituzione individuale.

fil.

Atti del III Congresso nazionale di Microbiologia. Un vol. in-16° di 511 pagg. Istituto Sieroterapico Milanese. Ind. graf. Stucchi. Milano, 1931. Prezzo L. 40.

Il volume riunisce tutte le relazioni, le comunicazioni e le discussioni di questo Congresso, tenutosi a Milano, dal 19 al 21 aprile u. s., nella Sezione universitaria dell'Istituto Sieroterapico Milanese, congresso che ha avuto un esito brillante, per il numero dei partecipanti, per la copia delle comunicazioni presentate e per l'ampiezza delle discussioni.

Di grande interesse teorico e pratico sono stati i temi di relazione: Patogenesi delle malattie delle piante (L. Montemartini); Vaccinazione antidifterica con l'anatossina (F. Pepeu e R. Maggiora-Vergano); Biologia del bacillo tubercolare (V. Puntoni).

Ma anche le varie comunicazioni si occupano di questioni di notevole importanza per il microbiologo che troverà in questo libro pubblicato con la mecenatica munificenza dall'I.S.M. una vera miniera di nozioni sulla sua scienza.

fil.

GINO GELLI. *La guida medica ad uso delle donne spose e madri.* R. Bemporad e F., Firenze, 1931.

È un volume elegante, di 1006 pagine, denso di materia che testimonia dell'ancor giovanile attività del suo autore, ben noto nel campo ostetrico ginecologico.

Non si tratta di uno dei soliti libri contenenti soltanto le nozioni relative alla condotta delle giovani madri e sopratutto allo allevamento del bambino: il programma, assai più vasto, si estende anche a molti altri argomenti e contiene molti dati medici igienici sociali, che possono interessare a tutte le persone mediocremente colte e desiderose di conoscere, sia pure approssimativamente i vari fenomeni della vita sia normali che patologici.

È consigliabile la lettura di questa Guida anche a quelle levatrici, che volessero ampliare la loro propria cultura e portarla un po' fuori dello stretto ambito professionale.

VIANA.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Società Piemontese di Chirurgia.

Seduta del 7 novembre 1931.

Presidente: prof. M. DONATI.

Prof. COLOMBINO. — *Sulla tecnica della trasfusione di sangue.*

Prof. CIMINATA. — *Sull'operazione di Talma per ascite da cirrosi epatica.*

Prof. DI NATALE. — *L'anestesia di base avertinica.*

Dott. BOLAFFIO. — *Pancreatite acuta suppurata con steatonecrosi consecutiva ad ulcera gastrica perforata.*

Pneumocefalo post-traumatico con emiparesi tardiva.

Dott. PACHNER — Un giovane di 23 anni riportò un trauma alla regione sopraorbitaria sin., commozione cerebrale per la quale tenne il letto per circa trenta giorni; poi si alzò. Ma dopo una ventina di giorni insorse una emiparesi destra; all'esame radiografico si notò frattura circolare della squama del frontale sin. con scomposizione dell'arcata orbitaria dalla radice del naso fino all'apofisi montante del mascellare: l'orbita sin. appare allargata in senso laterale con diminuzione dell'asse longitudinale. Anche il seno frontale sin. appare più ristretto: vasta ombra pneumatica intracerebrale a forma di mongolfiera occupante quasi per intiero il lobo frontale e che si estende verso il lobo occipitale fino a raggiungere la linea perpendicolare retromastoidea.

Operato di trapanazione cranica venne con una siringa eseguita una puntura esplorativa e si trovò del gas sotto forte tensione. Il p. morì dopo 36 ore dall'operazione.

Seduta del 21 novembre 1931.

Presidente: prof. M. DONATI.

Contributo clinico allo studio dell'ernia otturatoria strozzata.

Dott. PLACEO. — In seguito a fenomeni di occlusione che un uomo presentava da 6 giorni si intervenne con una laparotomia mediana sottoombellicale e si trovò un'ansa del tenue strozzata nel foro otturatorio di d. L'O. rileva la facilità con cui un'ernia libera otturatoria si può incarcerare e strozzare data la costituzione osteofibrosa dell'orifizio interno del canale otturatorio; e la difficoltà della diagnosi e la gravità della prognosi dell'intervento anche quando le condizioni generali dell'a. non sono molto gravi.

Sul valore terapeutico dell'operazione di Robertson-Lavalle.

Dott. FUSARI. — In un intervento per spondilite per qualche tempo parve essersi ottenuta la guarigione, poi si ebbe una ripresa della sintomatologia.

Dei tre casi di coxite operati: uno morì dopo due mesi con fenomeni di setticemia; un secondo non è ancora guarito dopo due anni e mezzo dall'intervento e dopo sette di malattia; il terzo risulta guarito ma la guarigione si ottenne in un tempo non certo inferiore a quello che è in media richiesto dalle cure conservative.

Osservazioni anatomo-topografiche sul canale vertebrale (lombare e sacrale) in rapporto con l'anestesia peridurale.

Prof. A. Bertocchi. — Da un accurato studio su 18 cadaveri di adulti risulta: 1) la lamina fibrosa che ricopre l'*hiatus sacralis* come un opercolo è nettamente costituita dalla fusione di due foglietti; 2) il canale sacrale è occupato da grasso aderente all'endorachide, ma lassamente unito al cono durale ed alle radici; 3) a livello della I-II vertebra sacrale il canale vertebrale si restringe sempre e nel 27,7 % dei casi a questo restringimento corrisponde un'intima aderenza della dura coll'endorachide e conseguentemente l'abolizione dello spazio peridurale; 4) nella porzione lombare dello spazio peridurale esiste una « zona scollabile » che « chiama l'iniezione ». Essa è la continuazione della corrispondente zona della regione dorsale.

Conclusioni cliniche operatorie: 1) l'anatomia del canale sacrale permette di affermare che, salvo anomalie speciali, è impossibile perforare il sacrodurale con i comuni aghi da anestesia peridurale;

2) data la scollabilità del grasso periradicolare del canale sacrale, non è necessario, per ottenere l'anestesia bassa, penetrare con l'ago troppo profondamente nel canale stesso;

3) esistono condizioni anatomiche che spiegano il mancato interessamento, da parte di un anestetico iniettato per via peridurale alta, del plesso pudendo e del plesso coccigeo;

4) volendo intervenire per via laparotomica su organi innervati da questi plessi, sarà bene aggiungere all'anestesia peridurale alta (per le pareti), anche l'anestesia peridurale sacrale;

5) nell'anestesia peridurale lombare è consigliabile di non praticare la puntura sulla linea mediana, ma di passare lateralmente attraverso il legamento giallo e il blocco adiposo per entrare colla punta dell'ago nella zona scollabile periradicolare del lato opposto.

Dott. Bogetti. — *Frattura parcellare dell'« os cotyloideum superius »*.

Seduta del 5 dicembre 1931.
Presidenza: prof. M. Donati, presidente.

La cura sclerosante delle emorroidi.

Dott. G. Canavero. — L'O. ritiene che questo metodo presenti dei vantaggi sulle tecniche cruente a patto di trattare in un sol tempo tutti i nodi emorroidari. La cura sclerosante ambulatoria appare insufficiente a dare una guarigione stabile.

Per la cura radicale presenta un apparecchio di aspirazione per esteriorizzare i nodi. Pratica con siringa da tubercolina iniezioni di 1/10 di cc. in ogni nodo emorroidario.

I vantaggi del metodo rispetto alle tecniche cruente consistono nella possibilità di eseguire l'intervento senza anestesia operatoria, senza dolore post-operatorio, e nel più rapido ritorno al lavoro.

Dott. De Fermo e dott. A. Foà. — *Contributo allo studio della colecistografia rapida.*

Dott. A. Odasso. — *A proposito di innesti ossei nella cura delle osteoartriti tubercolari.*

Dott. A. Odasso. — *Lussazione aperta del gomito. Riduzione e sutura primaria.*

Prof. M. Mairano. — *La chirurgia nel diabete dopo la scoperta dell'insulina.*

Di una speciale manovra nella riduzione incruenta di un tipo di frattura bimalleolare.

Dott. Ingaramo. — La riduzione che l'O. consiglia riguarda le fratture bimalleolari con lesione del perone sopra il livello della artrodia tibio-peronea. Il piede del p. va tenuto fuori del tavolo; un assistente immobilizza la gamba. Il chirurgo con due mani afferra l'avampiede ed abduce fino all'angolo retto il piede; con una seconda manovra fa scivolare il piede sul plateau tibiale, infine mette il piede nella posizione normale e vi pratica un bendaggio gessato. E. Villata.

Società Medico-Chirurgica Bresciana.

Seduta scientifica del 17 novembre 1931.
Presidente: prof. Baratozzi.

Sull'impiego della coniglia nella prova biologica ormonale per la diagnosi di gravidanza (reazione di Aschheim-Zondek).

Dott. M. Tranchina. — Nell'Istituto di Patologia degli Spedali Civili l'O. ha condotto accurate e numerose prove biologiche atte a controllare i risultati ottenuti da autori americani e francesi col saggiare la reazione ormonale per la diagnosi di gravidanza iniettando una coniglia anzichè più topine impuberi, come è stato consigliato da Aschheim-Zondek e quasi ovunque adottato.

Per ogni caso si tratta di iniettare, endovena, ad una coniglia adulta ed in riposo sessuale, da 10 a 12 cmc. di urina prelevata al mattino: lo stato funzionale delle ovaie viene all'uopo controllato mediante laparatomia esplorativa. Dopo 24 od, al massimo, 36 ore l'animale viene sacrificato (o rilaparatomizzato) ed il reperto positivo si appalesa colla presenza nelle ovaie di numerosi follicoli emorragici variamente distribuiti.

Le ricerche condotte dall'O. sopra più di 120 casi (gravidanze normali e patologiche a vari stadi, puerperio, mola vescicolare, forme morbose puramente ginecologiche, ecc.) hanno dato risultati concordi colla clinica nel 100 % dei casi, per cui è permesso, associandosi alle conclusioni degli autori ricordati, affermare che la modificazione tecnica, consigliata per primo da Friedman e che principalmente consiste nella sostituzione dell'animale d'esperienza, riesce per il clinico patologo di estrema praticità per i seguenti motivi: per la facilità con cui si può procurare la coniglia, per il suo basso costo, perchè basta iniettare soltanto una ed è sufficiente una sola iniezione, per la rapidità con cui si ottiene il responso (bastano anche 24 ore) ed infine per la facilità con cui i risultati possono venire letti.

Su la cura delle peritoniti da tifo.

Prof. A. Pellegrini e dott. N. Felini. — Riferiscono sopra cinque casi di peritonite perforativa da tifo operati negli ultimi mesi, con due guariti e tre morti.

In tuti i casi la cura chirurgica fu associata alla sieroterapia anticangrenosa e anticolibacillare per via endoperitoneale, endomuscolare e endovenosa a dosi elevate.

Ricerche sull'azione della bulbocapnina nell'uomo.

Dott. B. Spagnoli. — L'O. illustra alcune esperienze compiute colla bulbocapnina su soggetti affetti da svariate malattie nervose e mentali.

La bulbocapnina fu introdotta nei soggetti in esame per via endovenosa alla dose di 100 mg. se-

condo le indicazioni di De Giacomo. In base ai propri risultati l'O. conferma le conclusioni di De Giacomo per quanto riguarda la natura e la produzione della catatonia sperimentale da bulbocapnina, nega un'azione elettiva di questa sostanza su determinate zone del sistema nervoso

Il Segretario: prof. M. FIAMBERTI.

Accademia Medica Pistoiese "Filippo Pacini „.

Seduta del 5 dicembre 1931.

Presidente: prof. CANTIERI.

Dott. V. BACCI. — *Le tensioni arteriose in funzione di biochimismo dei tessuti.*

La cutireazione regionale alla tubercolina nella diagnosi di sede delle lesioni specifiche.

Dott. BANDI e dott. NELLI. — Hanno usato l'intradermo-reazione Trambusti in 134 casi di cui 126 forme polmonari e gli altri forme chirurgiche. Studio completo clinico e radiologico, osservazione continuativa. Le forme polmonari hanno nella quasi totalità reagito più vivacemente in corrispondenza dell'emitorace colpito che sul braccio. Le forme bilaterali hanno reagito con sensibile differenza fra i due lati, con maggior vivacità sul lato colpito da lesioni più benigne, meno estese, meno distruttive. Nei casi trattati con pnmtx. hanno veduto che quando il pnmtx. risultava completo ed efficace la reazione si attutiva fino a scomparire del tutto in certi casi dal lato collassato. Nei casi di lesioni in avanzata fibrosi, silenziose clinicamente, praticamente guarite la reazione è apparsa debolissima e fin negativa sul torace. In un adulto è superfluo fare la comune cutireazione al braccio a scopo diagnostico mentre può avere decisivo valore ricercarla anche in corrispondenza dei visceri sospetti di lesione specifica.

Contributo clinico alla pneumotoracentesi.

Dott. NELLI. — Dopo avere esposto in dettaglio la questione aggiornandola dal punto di vista storico riporta il risultato dello studio di 17 casi concludendo: 1) è stato possibile togliere senza nessun disturbo quantità notevoli di liquido (fino a cmc. 5300); 2) non è necessario introdurre aria in quantità esattamente corrispondente al liquido estratto, ma basta una quantità, molto minore, regolabile da caso a caso; 3) solo in 3 casi su 17 fu dovuta praticare una seconda toracentesi; 4) all'intervento segue quasi costantemente un rialzo febbrile che non è di cattiva prognosi pur protraendosi alquanto; 5) l'esame clinico e radiologico a distanza di molto tempo hanno dimostrato integrità e mobilità delle basi, più raramente aderenze parziali, mai sinechia completa.

Dott. NELLI. — *Contributo allo studio della tubercolosi ilare primitiva.*

Società Medico-Chirurgica Trevisana.

Seduta del 28 dicembre 1931.

Presidente: prof. FIORANI.

Intumescenze.

Prof. DOMENICO CALZAVERA. — Riferisce intorno a tre casi clinici relativi ad intumescenze, nelle quali solamente l'esame istologico condusse alla esatta diagnosi. Trattasi: in un caso, di ematoma delle pareti addominali ad evoluzione lenta; nel secondo, di una gomma associata ad empiema della regione dorsale; nel terzo, di una gomma ulcerata del seno.

L'O. espone minutamente i dati clinici, il reperto operativo e l'esame istologico relativi ai singoli casi, e per ciascuno discute a fondo la diagnosi differenziale.

Cataratta pietrificante.

Prof. A. BOZZOLI e dott. C. SISTO. — Gli OO. presentano due casi di cataratta pietrificante nei quali la diagnosi fu possibile solo mediante l'esame radiografico, essendo i mezzi rifrangenti dell'occhio completamente opachi e non permettendo l'esplorazione ad illuminazione focale ed oftalmoscopica.

Su di un caso rarissimo di emorragie puntiformi cerebellari da endoarterite luetica.

Dott. L. BOLLA. — Si sofferma sulla sintomatologia delle lesioni cerebrali in generale e cerebellari in particolare, dimostrando come doveva essere escluso in questo caso il tumore cerebellare per il quale mancavano i sintomi di compressione intracranica. La scomparsa rapida e persistente, con la cura antiluetica, della sintomatologia che durava da due anni, ha convalidata la diagnosi.

PLF.

Società di Coltura Medica della Spezia e Lunigiana.

Seduta del 27 novembre 1931.

Presiede il prof. dott. RINALDO CASSANELLO.

Intorno alla funzione delle cavità accessorie del naso.

Prof. dott. A. BRONZINI. — L'O. dopo avere esposte le diverse teorie intorno alla funzione delle cavità accessorie del naso, dimostra come l'insieme di tali organi debba essere principalmente considerato come *un apparato compensatore* dell'umidità e della temperatura dell'aria di inspirazione.

Riferisce i risultati delle sue ricerche che dimostrano come l'importanza di tali organi a questo riguardo non debba venire trascurata.

Sul mio segno nelle sindromi dolorose addominali.

Prof. dott. G. FANTOZZI. — L'O. illustra quello che Taddei ha chiamato « il segno di Fantozzi »; ossia l'importanza della dolorabilità aortica-iliaca in certe sindromi dolorose dell'addome. Si è visto che molte diagnosi di appendicite, colecistite, annessite, ulcera gastrica o gastro-duodenale, ecc., non reggono al controllo operatorio e l'ammalato non rileva vantaggi da una cura chirurgica che mancava della esatta indicazione.

Il segno di Fantozzi mette in guardia contro simili errori nella maggior parte di questi infermi con aorta ed iliache dolorabili, il male non è nell'addome ma nel torace; forme tubercolari fibrosclerose che sfuggono alla valutazione clinica per il loro andamento benigno. ma che danno per i riflessi vago-simpatici una ripercussione nell'addome, risvegliando una specie di eretismo viscerale e turbe funzionali che assumono caso per caso, a seconda dei soggetti, aspetto, sede ed imponenza estremamente variabili.

Dott. G. CORSI. — *Contributo alla conoscenza del morbo di Recklinghausen.*

Il Segretario: dott. DOMENICO ROLLAND.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

DALLA PRATICA CORRENTE.

Sindrome meningea nel decorso iniziale di una polmonite lobare dell'apice destro.

Dott. Agostino Vanelli, Caronno Milanese.

Non crediamo privo di interesse riferire la seguente osservazione clinica che, se l'ulteriore decorso dimostrò trattarsi di una polmonite lobare dell'apice destro, presentava all'inizio una sintomatologia nervosa di una tale imponenza da indurre facilmente nel giudizio errato di meningite cerebro-spinale, tanto più che l'esame obbiettivo non rilevava alcun sintomo a carico dell'apparato respiratorio.

Osservazione che ci permette di richiamare l'attenzione sulle molteplici manifestazioni nervose che si possono avere specie nell'infanzia nel decorso della polmonite, sulle cause di queste e sull'importanza dell'esame precoce del liquor per una giusta interpretazione dei fenomeni nervosi e per una cura razionale.

B. M., a. 10. Genitori viventi e sani: padre 40 anni, madre 37; negativa l'ereditarietà tubercolare, luetica, artritica e nervosa negli ascendenti collaterali. La bambina ha un fratello minore, vivente e sano; nacque a termine da parto fisiologico, fu allattata dalla madre fino a 5 mesi; dentizione a 13 mesi; deambulazione a 16 mesi. Pur non avendo sofferto malattie tali da ricorrere all'opera del medico, è sempre stata di costituzione gracile, facilmente emozionabile.

La malattia attuale risale al 2 agosto; nel pomeriggio la bambina che nei giorni precedenti era sempre stata bene, fu colpita all'improvviso da febbre altissima, senza brividi, accompagnata da cefalea intensa specie occipitale. Durante la notte ebbe vomito e conati di vomito intensi e ripetuti, perdita involontaria di feci ed urine. La bambina si lamentò continuamente del dolore di testa. Non tossì nè accusò dolori al torace. Perdurando questo stato di cose al mattino la madre ricorse all'opera del medico e ad un primo esame si rilevò quanto segue:

La bambina giace assopita in decubito dorsale col capo affondato nei cuscini, risponde male e in modo incoordinato alle domande che le vengono rivolse. Cute pallida, dermografismo spiccato, non herpes labiale; mucose visibili rosee; pannicolo adiposo scarso, muscolatura ipotrofica ed ipertonica; apparato scheletrico regolare; micropoliadenia diffusa.

Capo e collo: non si notano turbe della funzione motoria e della sensibilità tattile e dolorifica dei nervi cranici. Apparato uditivo: nulla. Occhi: sguardo fisso, le pupille reagiscono bene alla luce e alla accomodazione, la pressione dei bulbi oculari risveglia un vivo dolore. Bocca: lingua impaniata; tonsille e faringe lievemente arrossati. Il collo si presenta rigido, riverso all'indietro, ogni tentativo di flessione è accompagnato da un dolore tale da strappare delle grida alla malata. Il segno della nuca di Brudzinski è presente.

Torace: respiro simmetrico a tipo costale, frequente, superficiale; fremito vocale tattile normale. Percussione: suono chiaro polmonare su tutto l'ambito polmonare. Ascoltazione: respiro aspro. La pressione sulle apofisi spinose delle vertebre dorsali e lombari risveglia un dolore vivace. Cuore nei limiti, toni validi e puri.

Addome: indolente e trattabile. Fegato e milza: nei limiti normali. Reni: impalpabili. Ano e genitali esterni: nulla.

Arti inferiori: muscoli ipotrofici ed ipertonici. La pressione delle masse muscolari risveglia dolore. Riflessi patellari vivaci. Sono facilmente rilevabili i segni di Kernig e il riflesso controlaterale di Brudzinski.

Feci: molli, fetide emesse quattro volte al giorno spesso involontariamente.

Urine: scarse, ricche di sedimento emesse spesso involontariamente. Lieve velo di albumina. L'esame del sedimento non rileva presenza di cilindri renali, di sangue e di altri elementi patologici.

Esame del sangue: globuli rossi 4.000.000; globuli bianchi 13.500.

Esame del liquido cefalo-rachidiano: con la puntura lombare si estraggono 20 centimetri di liquor limpidissimo, sotto forte pressione. Cloruri, albumina e zucchero in quantità normali. Reazione di Nonne e di Pandy negative. Il sedimento ottenuto dopo una centrifugazione prolungata, rileva qualche scarso linfocito.

Dario clinico: 4-VIII-31: Persiste aggravata la sindrome meningea: cefalea intensa specie occipitale; rigidità nucale marcata; segno di Kernig e di Brudzinski evidenti; stato soporoso alternantesi a stati di agitazione e confusione mentale; sguardo spento, fisso, occhi semiaperti, pressione dei bulbi oculari dolorosa. Perdita involontaria delle feci e delle urine e qualche conato di vomito. Qualche scarso colpo di tosse secca senza espettorato, nulla a carico dell'apparato respiratorio. Non herpes, dermografismo spiccato.

5-VIII-31: Si rileva un miglioramento della fenomenologia nervosa; si nota una quasi totale scomparsa dell'ottundimento e dell'agitazione del giorno prima. L'ammalata risponde bene alle domande che le vengono rivolte; la cefalea si è ridotta di intensità; la rigidità del collo, il segno di Kernig e di Brudzinski pure essendo ancora rilevabili sono di molto attenuati. L'ammalata ha qualche scarso colpo di tosse senza espettorato. L'esame accurato dell'apparato respiratorio rileva come primo sintomo di un addensamento polmonare nel lobo superiore destro una netta broncofonia nella parte alta del cavo ascellare destro. Non si notano modificazioni del murmure vescicolare e del suono di percussione e comparsa di rantoli. Non vomito, 5 scariche di feci liquide senza caratteri speciali.

6-VIII-31: Accanto alla scomparsa completa della sindrome meningea così imponente nei primi giorni l'esame obbiettivo va sempre più addimostrando la formazione di un focolaio di polmonite del lobo superiore destro: suono ipofonetico timpanico alla regione sovraspinosa ed ascellare destra, suono timpanico alla regione sottoclavico-

lare. Soffio bronchiale con rantoli inspiratori ed espiratori a piccole e medie bolle modificabili sotto i colpi di tosse alla regione ascellare destra. Tosse secca con scarso espettorato striato di sangue. I profondi movimenti respiratori ed i colpi di tosse risvegliano un dolore che l'ammalata avverte alla spalla destra. Niente vomito; 4 evacuazioni.

7-VIII-31: Persiste l'assenza di qualsiasi sintomo a carico delle meningi; il reperto polmonare rimane invariato con un aumento dei fatti umidi e un maggior smorzamento del suono di percussione alla regione sovraspinosa destra. La tosse è sempre poca e l'espettorato è nettamente ematico. I colpi di tosse risvegliano dolore alla spalla destra.

8-VIII-31: Si nota un aumento dei rantoli a piccole medie bolle alla sovraspinosa, alla parte alta della regione infrascapolare destra ed alla regione ascellare destra. L'espettorato va perdendo il carattere ematico ed è aumentato, i colpi di tosse non risvegliano più alcun dolore.

9-VIII-31: Si rileva un accenno al risolversi dell'addensamento polmonare caratterizzato dalla scomparsa del soffio bronchiale; i fatti umidi permangono invariati; sudorazione profusa.

10-VIII-31: Il miglioramento delle condizioni polmonari va sempre più accentuandosi.

17-VIII-31: L'esame polmonare è pressochè negativo.

Dalla descrizione della fenomenologia nervosa presentata dalla nostra ammalata nei primi giorni di malattia risalta nettissimo il fatto che la sindrome meningea era di una tale imponenza quale è raro trovare nella stessa meningite cerebro-spinale epidemica, nel contempo l'esame obbiettivo dell'apparato respiratorio era del tutto negativo. Nella quasi certezza che si trattasse di una meningite praticammo subito dopo la prima visita la puntura lombare a riconferma del nostro giudizio diagnostico e per meglio precisare il movente eziologico.

Si ottennero 20 centimetri cubici di un liquor limpidissimo con qualche scarso linfocito, amicrobico, con albumina, zucchero e cloruri in quantità normali.

Un tale reperto bastava da solo a privare di qualsiasi fondamento la diagnosi da noi formulata e a mettere in relazione la sindrome meningea osservata piuttosto a semplici fatti irritativi encefalo-meningei senza flogosi reale delle meningi.

Ora qual'era il movente eziologico del quadro clinico presentato dall'ammalata? Le infezioni che più facilmente possono assumere nel loro decorso le manifestazioni cliniche della meningite purulenta sono: l'infezione reumatismale con localizzazione alle articolazioni della colonna vertebrale, il tifo, la tubercolosi miliare, la setticemia e la polmonite lobare.

Esclusa l'infezione reumatismale per il fatto che l'esame clinico ci dimostrava essere la rigidità nucale non dovuta ad artrite della colonna vertebrale, ma a vera e propria contrattura e per la presenza del segno di Kernig, le infezioni Eberthiane per l'inizio brusco non facile a riscontrarsi in questa malattia e più ancora per l'esame del sangue che dimostrava una netta leucocitosi, la tubercolosi miliare per l'anamnesi negativa, per l'inizio brusco, per la mancanza di focolai metastatici, per la leucocitosi marcata ci si presentava quale più probabile la diagnosi di una setticemia o di una polmonite lobare.

Francamente il nostro giudizio diagnostico si orientò verso questa seconda forma morbosa per il fatto che la polmonite è una malattia molto più comune e con maggiore frequenza presenta delle sindromi meningee.

Il decorso clinico della malattia non fece che riconfermare la nostra diagnosi. Difatti in quarta giornata quale primo sintomo di un addensamento del lobo superiore destro si notò una netta broncofonia alla regione ascellare, addensamento che andò sempre più appalesandosi nei giorni successivi, così da togliere qualsiasi dubbio di interpretazione. Noi non abbiamo potuto, per ragioni ovvie, vedere davanti allo schermo radioscopico la nostra ammalata. Con ogni probabilità questo mezzo ci avrebbe permesso forse in prima giornata, certamente in seconda, di vedere la caratteristica ombra triangolare patognomonica della polmonite che esiste tanto nella forma classica quanto nelle forme clinicamente mute. Così avremmo potuto dare più precocemente una base obbiettiva alla nostra diagnosi.

Ora però riteniamo opportuno richiamare l'attenzione su un fatto di grande importanza pratica: se nel complesso nella grande maggioranza dei casi la fenomenologia nervosa presentata dai pneumonici è dovuta a reazioni encefalo-meningee di natura tossica senza vera e propria flogosi (per lo meno ai nostri mezzi attuali di ricerca) non sempre è così altre volte può essere legata ad una vera meningite purulenta pneumococcica.

Oltre a questo va sempre tenuto presente che la meningite cerebro-spinale epidemica specie nella prima infanzia può presentare accanto alla sindrome meningea più o meno evidente dei disturbi a carico dell'apparato respiratorio, tali da coprire la sindrome nervosa e sviare la diagnosi. È istruttivo a questo riguardo un caso osservato dal Pestalozza di un lattante di 6 mesi che all'entrata in cli-

nica presentava una lieve rigidità nucale, una fontanella non molto tesa, il capo rovesciato all'indietro e con trattura degli arti inferiori, mentre l'esame obbiettivo del torace rilevava una ipofonesi spiccata alla base di sinistra, dove si ascoltavano numerosi rantoli crepitanti a piccole e a medie bolle. Si fece diagnosi di polmonite lobare sinistra con segni di meningismo. Nei giorni successivi accentuandosi i segni di lesione meningea venne praticata la puntura lombare che dette esito ad un liquido torbido opalescente che all'esame microscopico risultò costituito da leucociti polinucleati in via di degenerazione con la presenza di diplococchi intra ed extracellulari in parte Gram negativi, in parte Gram positivi. Da quanto surriferimmo ne viene il corollario pratico di importanza capitale: quando un ammalato presenti delle turbe nervose più o meno spiccate rilevi o no l'esame obbiettivo segni di addensamento polmonare, il nostro dovere è di praticare al più presto la rachicentesi che ci permetta di precisare la vera natura di questi fenomeni.

L'esame del caso da noi osservato ci permette di richiamare l'attenzione sugli elementi che possono influire sull'andamento clinico della polmonite lobare e far sì che mentre alcune volte gli ammalati non presentano turbe nervose particolari altre volte la fenomenologia meningea è di tale imponenza da creare dei giudizi diagnostici errati.

Nel complesso le nostre cognizioni a questo riguardo non sono molto chiare ed approfondite. Non sappiamo se esistono ceppi di pneumococco neurotropi, pneumococchi che elaborino endo ed eso-tossine che presentino una speciale affinità per il sistema nervoso.

Alcuni fattori però conosciamo che possono favorire la comparsa di sindromi nervose e tra questi fattori il primo posto deve essere dato all'età. Non sappiamo per quali intimi meccanismi immunitarii la sindrome meningea sia più comune nell'infanzia che nelle altre età, ma resta il fatto che i bambini sono più predisposti alle reazioni encefalo-meningee. Anzi Rilliet e Barthez che si sono molto occupati dello studio della polmonite complicata da manifestazioni cerebrali, hanno notato che queste assumono un aspetto diverso a seconda dell'età. Nel primo e nel secondo anno sarebbe più facile a riscontrarsi la forma eclamptica, dal secondo al quinto, la forma comatosa, dal quinto al decimo la forma delirante.

La predisposizione individuale in relazione ai fattori ereditari alla diatesi essudativa, alle malattie pregresse, alle lesioni croniche del sistema nervoso, favorisce l'insorgere di turbe nervose come le favoriscono le iperpiressie. La sede del focolaio pneumonico avrebbe un'importanza non secondaria nel determinare la comparsa di fenomeni nervosi. Difatti si è constatato che la sindrome meningea è più comune quanto il processo penumonico ha sede nel lobo superiore del polmone. A questo proposito riferiamo il caso di un bambino che abbiamo avuto occasione di curare per 5 volte di seguito perchè affetto da polmonite lobare. Ora questo ammalato quando il focolaio pneumonico risiedeva nel lobo superiore del polmone (il caso si è ripetuto due volte) presentava turbe mentali caratterizzate da un profondo assopimento, perdita involontaria di feci e di urine, sguardo fisso, reazione pupillare torpida, mentre le altre volte non ha presentato turbe nervose degne di nota. Però sull'importanza di questo fattore non tutti gli autori sono d'accordo e tra questi Schlesinger.

RIASSUNTO

L'A. riferisce il caso di una bambina che nel decorso iniziale di una polmonite lobare dell'apice destro presentava una sindrome meningea di una tale entità da indurre nel giudizio errato di meningite cerebro-spinale. Errore favorito dall'esame obbiettivo del polmone che si mantenne muto per ben quattro giorni.

Richiama l'attenzione sulle molteplici manifestazioni nervose che si possono riscontrare specie nell'infanzia nel decorso della polmonite, sulle cause di queste sull'importanza dell'esame precoce del liquor per una giusta interpretazione dei fenomeni e per una cura razionale.

BIBLIOGRAFIA.

DOPTER CH. *L'infection méningococcique*.

ROGER, WIDAL, TEISSIER. *Nouveau traité de médecine.*

MOHR, STAEHELIN. *Trattato di medicina interna.*

FEER. *Pediatria.*

NOBECOURT. *Clinique médicale des enfants. Affections de l'appareil respiratoire.*

MOURIQUAND. *La pneumonie muette infantile.* Lyon Médical, 18 gennaio 1931.

LAX H. *La valutazione diagnostica dei metodi di laboratorio nella pratica medica*, 1930.

PESTALOZZA C. *La meningite cerebro-spinale nel lattante*. Rivista di clinica pediatrica, n. 7, 1921.

ZANGARI. *Meningite e meningismo.* Il Morgagni, 1927.

CALLERIO G. *Meningiti e meningismo*, in FERRATA A.: *Diagnostica medica differenziale*, 1929.

CASISTICA E TERAPIA.

Il linfogranuloma inguinale.

A. Buschke, A. Boas e V. Vásárhelyi (*Med. Klinik*, 23 ottobre 1931) hanno studiato 74 casi di linfogranuloma inguinale o quarta malattia venerea.

La porta d'ingresso della malattia risulta essere, per la maggior parte dei casi, quella dei genitali, e solo di rado non è possibile stabilirla nettamente.

Nei casi sorpresi all'inizio si trova spesso una manifestazione primaria in forma di ulcera piana, di erosioni, o di efflorescenze erpetiformi, evolventi più o meno rapidamente verso la guarigione, per lo più senza indurimento nè suppurazione eccessiva. In altri casi possono aversi manifestazioni erosivo-ulcerose, accompagnate da notevole infiltrazione linfangitica, e di durata molto più lunga. Rarissima la complicazione gangrenosa dei tessuti. Le ricerche microscopiche e serologiche permettono di escludere, in ogni caso, l'infezione luetica o mista.

Il decorso dell'adenite inguinale e iliaca concomitante è parimenti variabile.

Nei rari casi di affezione primaria alla lingua, sono le ghiandole del collo quelle che reagiscono col tipico granuloma.

La natura infettiva della malattia è provata anche dal fatto della comparsa di sintomi generali, come: febbre, epatosplenomegalia e reazioni esantematiche, in forma ad esempio di efflorescenze a tipo eritema nodoso o di eritema essudativo polimorfo.

A tale proposito, le esperienze sugli animali, usando uno speciale antigene ottenuto dal pus ghiandolare, avrebbero dimostrato la possibilità da parte della cute di essere sensibilizzata.

La diagnosi dell'affezione è facilitata da una speciale reazione sierologica ideata da Frei, e dalla trasmissibilità ad alcuni tipi di scimmie.

La terapia invece, a causa della mancata conoscenza del germe specifico, resta ancora sintomatica.

Secondo gli AA. non sarebbero confermati i successi da alcuni ottenuti usando la vecchia tubercolina. M. FABERI.

Il furuncolo del labbro superiore.

Hartmann (*Journ. des praticiens*, 12 dic. 1931) richiama l'attenzione sulla gravità di questa affezione stafilococcica. Vi è, in questa regione, una notevole intricazione degli apparati pilosebacei e delle vene che sono facilmente affette da flebite.

L'infezione, per le anastomosi dei tronchi venosi facciali con quelli oftalmici, può facilmente raggiungere il grosso seno della base del cranio e causare la morte.

Tali incidenti sono facili ad evitare se il furuncolo è curato bene. Senza attendere, si deve fare una incisione abbastanza profonda col termocauterio, in modo da sgorgare le parti infette; essa va fatta dal lato cutaneo e non da quello mucoso.

Quest'ultimo sembra assai più gonfio e più edematoso che quello cutaneo, ma non si tratta che di un edema di vicinanza sviluppato nel tessuto sottomucoso assai lasso. Non ci si deve lasciare ingannare e la tumefazione scompare da sè quando l'incisione cutanea è fatta bene. Con questa tecnica, l'A. ha potuto evitare costantemente gli incidenti mortali ed ha osservato soltanto due casi di morte in individui che non erano stati incisi, ma soltanto trattati col vaccino. *fil.*

Guarigione dell'orticaria cronica con somministrazione di alcali per bocca.

In più di 20 casi di orticaria cronica, la somministrazione orale di alcalini praticata da Dimkin (*Med. Klinik*, n. 52, 1930) ha determinato una rapida scomparsa dei disturbi. Si inizia la somministrazione con tre dosi giornaliere di bicarbonato di sodio, 8-10 grammi per dose, subito dopo il pasto. Dopo alcuni giorni si dà 4 volte al giorno un cucchiaino di caffè di bicarbonato; nei casi di orticaria a comparsa serotina si danno durante il giorno due-tre cucchiaini rasi ed altri dieci grammi alla sera appena comparso il prurito. La maggior parte dei casi di orticaria guariscono in pochi giorni con tale cura.

Talvolta si hanno recidive, si riesce però sempre a vincerle continuando a somministrare dosi alte di bicarbonato per bocca. L'uso prolungato di alte dosi di bicarbonato può dar luogo a disturbi secondarii dovuti ad alcalosi, basta allora sospendere per alcuni giorni la somministrazione di alcali e prescrivere una dieta acidificante. R. POLLITZER.

Nell'impetigo del cuoio capelluto.

J. Delaforte (*Gaz. méd. de France* e *Journ. des praticiens*, 19 sett. 1931) consiglia soprattutto il trattamento locale, che consiste nel fare cadere le croste, applicando in seguito degli antisettici.

Il primo scopo si ottiene con medicazioni umide leggermente antisettiche all'acqua borica o cataplasmi di fecola, da rinnovarsi ogni 2-3 ore, salvo la notte.

La lozione antisettica più attiva è l'acqua di Alibour modificata:

Solfato di zinco		
Solfato di rame	ana g.	2,50
Tintura di zafferano	g.	0,50
Acquavite canforata	g.	5
Acqua	g.	1000

Sfregare energicamente con un tampone di ovatta imbevuto della soluzione.

Si applica in seguito la pomata di Darier:

Ossido giallo di mercurio		g. 2
Ossido di zinco		g. 5
Resorcina		
Acido salicilico	ana	g. 0,40
Vaselina		g. 35

Le lesioni concomitanti da streptococco (intertrigo retroauricolare, falsa tigna), saranno trattate con applicazioni di una pomata al catrame:

Catrame lavato	g. 1
Lanolina	g. 3
Vaselina	g. 25

Tagliare corte le unghie del bambino ed impedirgli di grattarsi.

Come trattamento generale: olio di fegato di merluzzo, sciroppo di rafano jodato, sciroppo jodotannico. *fil.*

Il metodo di Maisler nella cura della gonorrea acuta e cronica.

Nel 1927 Maisler e Bizard riferirono gli ottimi successi ottenuti nella gonorrea cronica mediante una cura da essi proposta, e basata sulla *dilatazione gassosa* dell'uretra, mediante due medicamenti: il neol e un sale d'argento (protargolo).

In seguito qualche altro A. confermò i felici risultati del metodo; in Italia se ne occupò il Pisacane, il quale non potette confermare la bontà del metodo.

In una serie di casi di gonorrea acuta e cronica G. Rivelloni (*Giorn. Med. dell'Alto Adige*, III, 2, febbr. 1931) ha voluto controllare il valore del metodo di Maisler.

Dalle ben condotte ricerche emerge che nelle uretriti gonococciche acute tale metodo è mal tollerato per i notevoli disturbi subbiettivi che provoca, mentre si dimostra assolutamente inefficace e peggio nocivo, favorendo l'estensione del processo all'uretra posteriore e l'insorgere di complicazioni.

Nelle forme croniche anche non è stato possibile segnare alcun miglioramento, nè i casi scarsi che si sono giovati in parte della cura possono deporre in modo favorevole per l'applicazione di tale metodo, il quale per questo non porta nulla di nuovo nè di miracoloso nella terapia della gonorrea. L. CARUSI.

NOTE DI TECNICA.

Le agglutinazioni aspecifiche in rapporto alle loro applicazioni diagnostiche in batteriologia.

Già sin dai primi tempi dell'epoca sierodiagnostica fu messo in evidenza da molti AA. il fatto che diverse sostanze, quali colori, acidi, sali di metalli ecc. sono capaci di riprodurre il fenomeno della flocculazione batterica, quale si ottiene coi sieri immuni specifici.

Era naturale che si pensasse subito a sfruttare il metodo per la differenziazione di specie batteriche affini, ma le prove seguite dimostrarono come le sostanze suddescritte non siano sicuramente idonee ad essere impiegate per una diagnosi differenziale di specie e ciò forse per l'intervento, nelle agglutinazioni aspecifiche, di fattori accessori, oltre all'azione dovuta puramente alla sostanza agglutinante.

Sono questi fattori accessori sinora trascurati dalla maggioranza degli AA. che si è proposto di studiare sistematicamente I. PISU (*Boll. Ist. Sierot. Mil.*, sett. 1931), il quale, sperimentando su vari ceppi di brucelle, di tifo, paratifo A, colera, ha trovato che nelle reazioni di agglutinazione aspecifica, come in quelle specifiche, è necessaria, affinchè il fenomeno si produca, la presenza di sali. Questi possono essere anche soltanto quelli contenuti nella patina batterica; ma in tali condizioni però l'agglutinazione può anche mancare. La soluzione fisiologica è quindi il metodo più indicato per eseguire le reazioni, mentre che con l'acqua distillata l'agglutinazione può mancare, a seconda del terreno e dell'età della coltura.

Essa è invece favorita dall'aggiunta delle sostanze proteiche del siero di sangue (e forse anche da altre sostanze proteiche) sia che esse si trovino nel terreno di coltura, sia che vengano aggiunte direttamente ai tubi di reazione.

L'A. propone quindi in base a questi fatti di eseguire sempre le reazioni con soluz. fisiol. e dopo aver controllato il metodo proposto recentemente da Alessandrini e Sabatucci per la differenziazione dei paramelitensi dalle altre brucelle con la tripaflavina, conclude che le agglutinazioni aspecifiche devono essere ancora oggetto di studi.

G. L. C.

IGIENE SOCIALE.

Le cause della tragedia di Lubecca.

L'azione giudiziaria promossa dal Magistrato contro i responsabili della nota ecatombe di bambini vaccinati lo scorso anno a Lubecca col B C G, volge al suo termine.

Come è ormai noto, poichè il tragico fatto ha avuto una profonda ripercussione in tutto il mondo civile, in seguito alle vaccinazioni antitubercolari eseguite dal prof. Deycke nel servizio pediatrico dell'Ospedale Civile di Lubecca, un'ottantina di bambini vaccinati morirono di tubercolosi e molti altri trovansi tuttora ammalati di forme tubercolari lente.

La spaventevole catastrofe ha offerto, purtroppo, il pretesto a critiche e attacchi stravaganti contro il metodo di vaccinazione Calmette, che il prof. Deycke affermava di avere impiegato. Si insinuò fra l'altro che il vaccino Calmette (B C G) si fosse casualmente virulentato attraverso l'organismo dei bambini,

e non mancarono coloro che, traendo motivo dal tragico incidente, imprecarono contro l'uso dei vaccini vivi in genere e contro il vaccino Calmette in particolare.

Ma i periti nominati dal Governo germanico, il prof. Bruno Lange dell'Istituto Roberto Koch di Berlino e prof. Ludwig Lange dell'Ufficio Sanitario Imperiale, dopo una lunga serie di ricerche e un'accuratissima inchiesta, hanno escluso nel modo più assoluto che i luttuosi fatti di Lubecca siano da attribuirsi al vaccino Calmette.

Nella *Zeitschrift für Tuberculose* (nov. 1931) il prof. Bruno Lange ha testè pubblicato la sua relazione, le cui conclusioni più essenziali sono le seguenti:

1) È stato dimostrato con certezza che le colture di B C G impiegate dal prof. Deycke per le vaccinazioni non erano pure e che nelle emulsioni vaccinali inoculate ai neonati dell'Ospedale di Lubecca, si trovavano dei bacilli tubercolari virulenti del tipo umano;

2) È da escludersi un ritorno alla virulenza del B C G del tipo bovino nell'organismo dei bambini vaccinati, perchè le emulsioni vaccinali contenevano già bacilli virulenti del tipo umano;

3) Lo stato di assoluta purezza delle colture di B C G inviate a Lubecca dall'Istituto Pasteur di Parigi, è stato perfettamente confermato;

4) La sola spiegazione ragionevole dei fatti luttuosi è che, durante la preparazione delle emulsioni vaccinali, si sia commesso l'errore di introdurvi dei bacilli tubercolari patogeni umani invece del B C G;

5) Tutto induce ad ammettere che questi bacilli patogeni umani provenissero da una coltura tubercolare umana, detta « di Kiel », la sola coltura tubercolare trovata nel Laboratorio del prof. Deycke;

6) Il resultato delle ricerche compiute basta a giustificare l'opinione che gli accidenti di Lubecca sono imputabili a un errore commesso nel Laboratorio di Deycke, al momento della preparazione del vaccino.

Anche il prof. Ludwig Lange, nella sua deposizione fatta il 16 dicembre innanzi al Tribunale di Lubecca, ha pienamente confermato le conclusioni del prof. Bruno Lange. Egli ha verificato sperimentalmente che i bacilli tubercolari isolati dai vaccini, come quelli isolati dai bambini morti di tubercolosi a Lubecca, anzichè essere del tipo bovino, come quelli del B C G, appartengono al tipo umano, e resultano *del tutto identici* ai bacilli tubercolari di una coltura, detta di Kiel, di tipo umano, che era stata spedita dal Laboratorio di Kiel all'Ospedale di Lubecca. Si tratta di bacilli molto attenuati, ma pur sempre patogeni.

Evidentemente i vaccini usati dal prof. Deycke per immunizzare i bambini dell'Ospedale di Lubecca, o per errore o per altre cause ignorate, erano stati inquinati con bacilli della coltura di Kiel.

Queste coraggiose e leali dichiarazioni degli scienziati germanici, i quali hanno tenuto sopratutto al trionfo della verità scientifica, ponendola al di sopra delle passioni e dei pregiudizi nazionalistici scatenatisi purtroppo in questa dolorosa circostanza, fanno molto onore alla scienza tedesca.

Esse rivendicano nel modo più assoluto e luminoso la perfetta innocuità del vaccino Calmette. In confronto di circa un milione di bambini ormai vaccinati in tutto il mondo, senza inconvenienti di sorta, il luttuoso episodio di Lubecca rappresenta, dunque, un fatto isolato, dovuto a un deplorevole e banale errore di Laboratorio. Il vaccino Calmette resulta assolutamente fuori di questione.

RUBRICA DELL'UFFICIALE SANITARIO

L'assicurazione obbligatoria contro le malattie professionali.

Oltre alle disposizioni di legge concernenti l'igiene del lavoro e la difesa della salute dei lavoratori, che hanno fatto oggetto dei precedenti articoli, merita di essere ricordato, per la sua grande importanza sociale e perchè è il primo provvedimento del genere emanato in Italia, il *R. decreto* 13 *maggio* 1929 *n.* 928 *sull'assicurazione obbligatoria contro le malattie professionali*, che, in applicazione dei principi sanciti dalla Carta del Lavoro, rappresenta l'inizio di ulteriori e più larghe provvidenze a favore dei lavoratori esposti al rischio di contrarre malattie per effetto del lavoro.

Il decreto estende alle malattie professionali l'assicurazione obbligatoria, prima limitata ai soli infortuni sul lavoro, a norma degli art. 1 e 2 del Testo Unico della legge per gli infortuni degli operai sul lavoro 31 gennaio 1904, n. 51. Le disposizioni riguardanti l'assicurazione malattie professionali sono in massima le stesse che valgono per l'assicurazione infortuni. È stabilito l'obbligo, per l'operaio caduto ammalato, di sottoporsi, a spese dell'istituto assicuratore, alle cure che questo ritenga necessarie e di entrare, a tal fine nei luoghi di cura indicati dall'istituto stesso.

In caso di ingiustificato rifiuto l'operaio perde il diritto all'indennità. Egli inoltre deve denunziare la propria malattia, al datore di lavoro, entro quindici giorni dalla sua manifestazione, salvo a perdere il diritto all'indennizzo per il tempo antecedente alla denuncia. Dal Ministero verrà pubblicato l'elenco delle malattie professionali delle quali sarà resa obbligatoria, per i medici, la denunzia, da farsi ai Circoli d'ispezione dell'industria e

del lavoro, ed un regolamento detterà le norme per l'esecuzione del decreto. Questo, frattanto, stabilisce che l'infezione carbonchiosa è considerata infortunio sul lavoro agli effetti del citato Testo Unico della legge per gli infortuni sul lavoro e del decreto luogotenenziale 23 agosto 1917, n. 1450, concernente l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro agricolo, e dichiara obbligatoria l'assicurazione per le seguenti malattie professionali:

1) intossicazioni e loro conseguenze dirette:
  a) da piombo e da mercurio e loro leghe e composti (saturnismo e idrargirismo);
  b) da fosforo bianco o giallo (fosforismo);
  c) da solfuro di carbonio;
  d) da benzolo e omologhi e da derivati nitrati e clorati del benzolo e omologhi;
2) anchilostomiasi.

Il periodo massimo d'indennizzabilità, per le intossicazioni da piombo, mercurio, solfuro di carbonio e benzolo, è di un anno dalla cessazione del lavoro, per quella da fosforo di due anni, per l'anchilostomiasi di sei mesi.

Il numero di industrie nelle quali possono verificarsi le malattie professionali sopraindicate è assai ragguardevole.

Basterà ricordare le seguenti: per il saturnismo, il trattamento dei minerali piombiferi, del piombo e dei suoi composti, le industrie poligrafiche, quella degli accumulatori, della fabbricazione e dell'uso di smalti, vernici, colori piombiferi, ecc. Per l'idrargirismo la manipolazione dei minerali di mercurio e l'estrazione e preparazione di questo metallo, la fabbricazione di apparecchi e l'uso di pompe a mercurio, la preparazione delle materie prime per l'industria dei cappelli (secretaggio del pelo), l'argentatura e doratura (specchi e dorature al mercurio) e la fabbricazione di alcuni esplosivi (capsule al fulminato di mercurio). Per il fosforismo la fabbricazione di fuochi artificiali e di miccie per mine. Per l'intossicazione da solfuro di carbonio, la sua fabbricazione e le sue numerose applicazioni, quali l'estrazione di olii, grassi, essenze e resine, la preparazione della viscosa (seta artificiale), la vulcanizzazione a freddo e la soluzione del cautchouc con solfuro di carbonio. Per l'intossicazione da benzolo, la sua produzione e quella dei suoi derivati, la lavorazione del cautchouc, la fabbricazione di alcuni profumi e saponi. Infine per l'anchilostomiasi i lavori nelle miniere, nelle gallerie e nelle fornaci di laterizi.

Il provvedimento di legge, dunque, fino dalla sua prima emanazione, certamente suscettibile di successivi e più ampi sviluppi interessa un vasto settore dell'attività industriale e conseguentemente un rilevante numero di operai, ed anche in questo campo della previdenza sociale porta la nostra legislazione allo stesso livello di quelle delle altre nazioni civili.

A. FRANCHETTI.

POSTA DEGLI ABBONATI

Al dott. G. A. da P.:

Possiamo indicare: I) il trattato di H. VIGNES, *Physiologie Gynécologique* Ed. Masson, 1929; II) Atti Soc. It. Ost. e Ginecol., 1929, Relazione Vercesi. Per la parte radiologica rivolgersi al prof. R. Bolaffio, R. Cl. ost.-ginecol., Modena.

p. g.

Al dott. P. D. da F.:

Probabilmente nel 1932 sarà indetto un concorso a medico provinciale aggiunto di seconda classe. I programmi di esame vengono stabiliti di volta in volta dal bando di concorso.

A. FR.

VARIA.

Le onde elettriche corte in terapia.

(SCHLIEPHAKE. *Wien. Klin. Woch.*, 18 dicembre 1931).

Tutti i mezzi terapeutici, con cui si cerca di combattere un focolaio di malattia nell'interno dell'organismo, derivano da questo problema: come si può giungere sul focolaio della malattia producendo il minor danno possibile all'organismo?

Le vie aperte sono due: una, la chemioterapia, che per mezzo della affinità chimica verso determinati organi o gruppi cellulari viene ad agire specificamente su di essi, l'altra, la terapia fisica, che però si limita in gran parte alla superficie del corpo e ad un'azione generale sull'organismo senza penetrare, a parte forse la sola röntgenterapia, in profondità.

L'A. è convinto che l'insufficienza della terapia con corrente elettrica dipende in alcuni casi dalla lunghezza d'onda: egli infatti ha applicato con tecnica speciale, che espone ampiamente, la terapia con onde corte in numerose e svariate malattie, particolarmente dolorose, come i foruncoli, gli antraci le idrosadeniti, o ancora più gravi come empiemi della pleura, ascessi polmonari ed anche nella tabe e nella paralisi progressiva, ottenendo risultati veramente notevoli in quanto a diminuzione del dolore ed evoluzione rapida o riassorbimento dei processi infiammatori. L'A. crede che questa azione sia dovuta in ultima analisi a modificazioni molecolari che avvengono nel tessuto alterato. Se anche sono inverosimili delle variazioni nello stato chimico delle cellule pure è da pensare che a causa del forte spostamento dell'equilibrio colloidale di esse si abbia un cambiamento nel contegno biologico del tessuto trattato con le onde elettriche corte.

Molto opportunamente l'A. conclude come questo nuovo mezzo non debba essere considerato come una panacea, ma debba trovare, nelle opportune indicazioni, il suo posto sicuro in terapia.

G. LA CAVA.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

Risposte a quesiti per questioni di massima.

6° *Dottor M.* — La disposizione dell'art. 27 del regolamento sanitario 19 luglio 1906, n. 466, che esenta dal limite di età per l'ammissione ai concorsi dei *sanitari condotti* coloro che prestino o abbiano prestato servizio in altra condotta, è obbligatoria e inderogabile. Pur non essendo espressamente richiamata nell'avviso del concorso, ha pieno effetto. Basterà che nella domanda di ammissione lei accenni alla Sua condizione, agli effetti della esenzione, e presenti un certificato del servizio prestato.

7° *Dottor G.* — Il limite di età è stabilito agli effetti dell'ammissione al concorso; ma questa condizione non è sufficiente, dovendo anche risultare la idoneità fisica. Qualora, sulla base dei certificati, il candidato debba essere ammesso, non è poi escluso che il Podestà, quando provvede alla nomina, tenga conto, come motivo di determinazione, al fine della scelta, anche della età e, in genere, delle condizioni fisiche accertate, in rapporto alla onerosità del servizio di condotta. Un medico chirurgo, genericamente abile per le sue condizioni fisiche, può non essere idoneo alle esigenze di una condotta particolarmente faticosa. Ma questi elementi, valutabili nel momento della nomina, non influiscono sull'ammissione al concorso e devono essere positivamente accertati.

8° *Dottor X.* — L'art. 13 della legge 23 giugno 1927, n. 1070, che sostituisce l'art. 65 del T. U. delle leggi sanitarie 1° agosto 1907, prescrive che, salve le disposizioni della legge di P. S., « non si possono aprire o mantenere in esercizio ambulatori o case di cura o istituti di cura medico-chirurgica o di assistenza ostetrica, ovvero case o pensioni per gestanti, senza speciale autorizzazione del Prefetto ». La disposizione è chiara.

9° *Dottor M.* — Il procedimento del concorso è compiuto quando l'autorità competente provvede definitivamente: di regola, quando è nominato uno dei concorrenti o il concorso è annullato.

Il Podestà o il Prefetto, provvedendo nei limiti delle rispettive attribuzioni, se riconosca che alcun atto è illegittimo può richiederne la rinnovazione. Anzi, accertata la illegalità, deve astenersi dal deliberare o approvare la nomina sulla base di un procedimento invalido, che sarebbe poi annullato in sede giurisdizionale.

Se però il motivo non sia legittimo, cioè se l'atto invalidato sia invece legale, l'interessato può ricorrere contro il provvedimento del Podestà o del Prefetto, al fine di far riconoscere la validità della precedente graduatoria e, quindi, la illegalità del provvedimento che ne determinò la rinnovazione. Competente a giudicare della controversia è il Consiglio di Stato.

I titoli di *benemerenza militare* sono efficaci soltanto come causa di preferenza, a parità di merito, e non influiscono sulla valutazione di questo. Se un concorrente è insignito, per es., della medaglia d'argento, per benemerenze di guerra, non corrispondenti a prestazione di attività professionale, questo titolo vale agli effetti dell'ordine della graduatoria a parità di merito ma non può essere considerato come indice di capacità specifica in rapporto allo scopo del concorso.

10° *Dottor R.* — Purtroppo non sono stabilite norme generali per i concorsi indetti dalle istituzioni pubbliche di beneficenza. Valgono, quindi, le disposizioni degli statuti e dei regolamenti locali anche per le condizioni di ammissione al concorso: limiti di età, esenzioni, ecc. Nè sono applicabili per analogia le norme concernenti i concorsi dei medici condotti, cioè quelle dell'articolo 27 del regolamento 19 luglio 1906, n. 466. È invece da esaminare se le condizioni risultanti dall'avviso del concorso, corrispondano a identiche disposizioni dello statuto o del regolamento dell'Ospedale o di altra deliberazione approvata dall'autorità tutoria. L'avviso del concorso non può richiedere condizioni maggiori di quelle che risultano dallo statuto o dal regolamento. Il caso da Lei segnalato è altro esempio di eccessiva limitazione, dannosa alle amministrazioni pubbliche e lesiva degli interessi dei sanitari. Ce ne siamo occupati in questa Rivista e nel « Diritto Pubblico Sanitario ».

11° *Dottor D.* — Il giudizio della Commissione non è provvedimento definitivo, impugnabile immediatamente, salvo il caso di esclusione dal concorso notificata all'interessato. Il ricorso può essere prodotto contro la deliberazione di nomina, la quale conclude il procedimento del concorso. Il ricorrente può chiedere l'annullamento anche per motivi di illegittimità inerenti agli atti preparatori anteriori e al giudizio della Commissione.

Il ricorso deve essere diretto al Consiglio di Stato, nel termine di giorni 60 dalla comunicazione del provvedimento definitivo, o dalla data della conoscenza di questo, positivamente accertata.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI esercente in Cassazione, cons. legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Gli "ex aequo".

È diventato costume — e, dilatandosi sempre più, minaccia di diventare malcostume — che le Commissioni esaminatrici nei concorsi per il conferimento di condotte mediche, anche con scarso numero di partecipanti, sogliono collocare due o più concorrenti nello stesso piano di graduatoria con la comoda formula dell'*ex aequo*.

Non si nega che il compito delle Commissioni spesso sia arduo e sempre delicatissimo. Appunto per ciò chi lo assume, nella piena consapevolezza che dal responso delle Commissioni dipende il conferimento (per il combinato disposto delle norme legislative in materia: T. U. 1 agosto 1907 n. 636; R. D. 30 dicembre 1923 n. 2889, art. 35; R. D. 19 luglio 1906 n. 466, art. 35; Circolare del Ministero dell'Interno 30 gennaio 1930, n. 20400), debba assolverlo *in pieno*, con le responsabilità che ne derivano. È dunque deprecabile il cennato sistema, che è quasi sempre indice di perplessità, oscitanza e indecisione, se non rappresenti addirittura una comoda scappatoia — che si dovrebbe decisamente escludere — ed un ripiego inteso a concedere adito alle raccomandazioni e alle influenze, in quanto permette il prevalere di *circostanze estranee al giudizio di merito*, quali lo stato di coniugio, il servizio militare ecc. Onde il sistema degli *ex aequo* si condanna anche sotto il profilo di sospetto di acquiescenza passiva, di sonnolenza morale, di pigrizia mentale.

Poichè a nessuno verrà in mente di sostenere sul serio che debbano presentarsi, davvero, frequenti casi di assoluta equivalenza.

Che direbbero i Commissari se, sottoposti ad osservazioni fisio-psichiche, vedessero usati strumenti, i quali fermassero allo stesso indice la *solia* della sensibilità, sia per i coscienziosissimi sensibili al minimo stimolo, sia, eventualmente, per certi altri che Sant'Ermolao abbia in protezione?

Parrebbe che, nella pratica invalsa, i ricordi scolastici dell'etica di Aristotile si fermino troppo spesso sulla asserita equivalenza dei concetti dell'equo e del giusto: buoni ambedue, e, secondo il filosofo, migliore l'equo: a condizione che si rapporti ad una legge di natura astratta ed universale. Nel caso specifico si ha una legge definita da applicare, che indica quale sia il giusto, e l'interpetre non deve allontanarsene, alla ricerca dell'equo. Questo è attendibile quando l'applicazione della norma rappresenti una giustizia formale e non sostanziale, poichè la equità non è diversa dal diritto, anzi ne forma parte integrale; ma non deve essere di scusa per sottrarsi ad un più profondo e diligente esame. Spesso sembra cedere al desiderio di favorire la equità, chi studia alleggerirsi di responsabilità.

Si richiede, insomma, una più esatta e precisa applicazione ed osservanza della legge. La quale (art. 35 R. D. 19 luglio 1906 n. 466), se non traccia espressamente le modalità della procedura concorsuale, non ha nemmeno il torto di aver risospinto alle scolastiche distinzioni della *aequitas*, con le immancabili suddivisioni in *naturalis, civilis, scripta* e *non scripta* e anche *cerebrina* (ossia cervellotica), cui pare si abbandonino certe commissioni, tramutate in accademie di sofistiche distinzioni. Il vero si è che la *ratio* e la *mens legis* rendono incontrovertibilmente manifesto, che si richiede una graduazione per individuo, e non per gruppi.

Le Commissioni sono insindacabili nel loro sovrano apprezzamento sul merito; nè la legge — ed è bene — le vincola a particolari norme di procedura; si limita solo ad assegnare a ciascun commissario dieci punti.

Ed allora, non essendo stato detto che la votazione debba, necessariamente, essere unica (come qualcuno, e noi crediamo a torto, ha dimostrato di credere), non sarebbe male ricercare un sistema, che remuova le difficoltà e le incongruenze di una valutazione sintetica e complessiva, ricorrendo a votazioni particolari.

Un esempio chiarirà meglio il concetto. Trattisi di condotta rurale; si potrebbero classificare i titoli di ciascun concorrente in categorie di importanza decrescente, ed assegnare a ciascuna una parte dei dieci punti: titoli che dimostrino pratica acquisita in condotte o in ospedali — fino a cinque punti —; titoli di studi complementari e sussidiari — fino a tre punti —; altri titoli, pubblicazioni ecc. — due punti —. Fatte le separate votazioni e cumulate, si avrebbe l'assegnazione dei dieci punti di cui ogni commissario dispone; ed emergerebbero quasi sempre differenze, così da evitare quello che, dilatandosi, va diventando un pessimo costume, cioè i tanti *ex aequo* dovuti al sistema di una valutazione totalitaria e d'insieme, la quale rende meno apprezzabili differenze d'altronde non dubbie.

Siena, Gennaio 1932-X.

Dott. FURIO SALMORIA.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ALBIZZATE (*Varese*). — Consorzio medico: Albizzate-Solbiate Arno. Per titoli ed esami. Stipendio annuo L. 9000. Indennità trasporto L. 700, con le riduzioni di legge. Abitanti 2600. Cinque aumenti quadriennali del decimo sullo stipendio iniziale. Età massima anni 36. Documenti di rito bollati e legalizzati. Scadenza 28 febbraio, ore 18. Per informazioni rivolgersi al Municipio di Albizzate.

AVERSA (*Napoli*). *R. Manicomio*. — Scad. 15 febbraio; 5 medici assistenti di cui 4 in neuro-psichiatria, e una dottoressa in ginecologia, chimica e batteriologia; titoli ed esami; L. 9000 e 4 quadrienni di L. 700 e di 800, oltre L. 1800 serv. att.; decurtate del 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

BRISIGHELLA (*Ravenna*). — Scad. 27 feb.; per Marzeno; L. 8000 oltre L. 2500 trasp., due c.-v., addizion. L. 2 sopra i 1000 pov.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,15; doc. a 3 mesi.

CAPODIMONTE (*Viterbo*). — Scad. 20 feb.; L. 10.500 ridotte 12 %, 5 quadrienni dec., L. 400 uff. san.; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

CASTIGLIONE D'ORCIA (*Siena*). -- A tutto 15 feb., 3ª cond.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 9 gen.; stip. L. 9500 e 6 quadrienni dec. oltre L. 2000 assegno mobile, L. 3500 trasp.; deduz. 12 %.

CITTÀ DI CASTELLO (*Perugia*). — Scad. 18 feb.; per Lugnano; condizioni T. U. leggi sanitarie e vigenti capitolati.

CREMONA. *Ospedali Maggiore ed Ugolani Dati*. — A tutto 29 febbr., per titoli ed esami, chirurgo aggiunto; L. 8000; riduzione 12 %; caro-viveri ai coniugati. Tre anni di pratica presso Clinica Universitaria o grande Ospedale. Età limite 42 a. Rivolgersi alla Segreteria del Consiglio degli Ospedali suddetti.

FIRENZE. *R. Arcispedale di S. M. Nuova e Stabilimenti Riuniti*. — A ore 17 del 15 feb., assistente per l'Ospedale Sanatorio di Careggi; età lim. 30 a.; L. 6400 da decurtarsi del 12 %, c.-v. e altre indennità regolamentari; titoli ed esami; doc. a 3 mesi dal 15 gen. Nom. e conferma biennali.

GAVOI (*Sassari*). — Scad. 30 gen.; L. 9000 oltre L. 1000 trasp., addizion. L. 5 sopra i 1000 pov.; età lim. 40 a.

LAGNASCO (*Cuneo*). — Scad. 31 gen. Rivolgersi Segreteria.

MONTECALVO VERSIGGIA (*Pavia*). — Scad. ore 18 del 5 feb.; con Lirio; età lim. 40 a.; L. 13.000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 300 uff. san. e c.-v.; riduz. 12 %; tassa L. 50,10. Serv. entro 2 mesi. Chied. annunzio.

MONTE VIDON CORRADO (*Ascoli Piceno*). — Scad. 2 mesi dal 1º gennaio; L. 9000, oltre L. 500 indennità laurea, L. 500 uff. san., L. 400-1700-2700 trasp.; il tutto da decurtarsi del 12 %; 5 quadrienni dec.; assistenza, al massimo, del 25 % popolaz.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 24 dic.; età lim. 35 a.

PESCARA. *Amministraz. Prov.* — Direttore della Sez. chim. e coadiutore della Sez. med.-micrograf. del Laborat. Prov. d'Igiene e Profilassi. Proroga a ore 19 del 31 gen. (Cfr. N. 51 del 1931).

SIRACUSA. *Ammin. Prov.* — Scad. 15 mar.; direttore dell'Ospedale psichiatrico prov.; L. 22.000 e 2 quadrienni di L. 1000 e 2000, oltre L. 7000 serv. att.; riduz. 12 %; alloggio; autorizzaz. consulenza nella specialità psichiatrica. Età 25-45 a. Tassa L. 50.

SPELLO (*Perugia*). *Ospedale Civile*. — Scad. 28 feb.; direttore; L. 8000 e 4 quadrienni dec. oltre L. 600 serv. att., c.-v., L. 2000 servizio chirurgia; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; speciale competenza nello esercizio della chirurgia; tassa L. 50.

STENICO (*Trento*). — Scad. 20 mar.; L. 9500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 950 uff. san., L. 2000 indennità via, alloggio compreso locale per ambulatorio; riduz. 12 %; tassa L. 50.

SUISIO (*Bergamo*). — Scad. 15 mar.; 3 comuni; L. 6500 e 5 quinquenni dec., oltre c.-v. e addizionale L. 2 per ogni iscritto nell'elenco, L. 750 uff. san., L. 500 trasp., L. 420 rimborso spesa ambulat.; decurtaz. 12 %; età lim. 40 a.

TARANTO. *Amministrazione Provinciale*. — Per titoli ed esami. Direttore del Consorzio Provinciale Antitubercolare. Termine per la presentazione dei documenti sino alle ore 12 del giorno 31 marzo 1931, X. Età massima 45 anni. Stipendio iniziale L. 18.000, suscettibili di cinque aumenti quadriennali del decimo, oltre la indennità di servizio attivo di lire 6000 annue. Stipendio ed indennità sono decurtabili del 12 per cento e delle ritenute per legge. Nomina quinquennale. Residenza in Taranto. Inibita la libera professione e qualsiasi altro impiego pubblico o privato. È però consentita la consulenza nella specialità. Soliti documenti di rito. Per programma di esami e per maggiori schiarimenti rivolgersi alla Segreteria del Consorzio, Palazzo degli Uffici, Taranto.

TARANTO. *Municipio*. — Medico addetto presso l'Ufficio d'Igiene ai servizi necroscopico e di vaccinazione; titoli; scad. ore 13 del 29 feb.; età lim. 45 a. al 7 gen.; doc. a 3 mesi; L. 9500 e 5 quadrienni dec.; ritenuta 12 %; c.-v.

VIGGIANELLO (*Potenza*). — Scad. 31 gen.; L. 8000 e 6 quadrienni per l'ammontare complessivo di 5 decimi dello stip., addizion. L. 5 sopra 600 pov., L. 2000 cavalc.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche, i compensi allo stipendio base.

CONCORSI A PREMI.

Premi « M. Scellingo ».

Presso la R. Università di Roma è aperto un concorso a due premi di L. 500 l'uno, in oftalmologia, intitolati al prof. Mariano Scellingo. Sono ammessi i giovani che, dopo un anno dalla laurea in medicina e chirurgia, conseguita presso la detta Università, dimostrino di aver fatto studi speciali in oculistica.

Il premio è conferito per titoli ed eventualmente per esame a giudizio di una Commissione di tre professori eletti dalla Facoltà di medicina e chirurgia.

I concorrenti dovranno presentare entro il 31 luglio 1932 alla segreteria della R. Università la domanda e i titoli.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Con votazione unanime della Facoltà medica di Bologna, l'on. prof. Raffaele Paolucci, medaglia d'oro, vice-presidente della Camera dei Deputati, presidente della Federazione nazionale fascista per la lotta contro la tubercolosi, direttore della R. Clinica chirurgica di Parma, è stato chiamato a dirigere la R. Clinica chirurgica di Bologna.

Rallegramenti al valoroso soldato ed illustre studioso.

Il prof. Charles Nicolle, direttore dell'Istituto Pasteur di Tunisi, è stato chiamato alla cattedra di medicina del Collegio di Francia a Parigi, in sostituzione del prof. d'Arsonval, che va a riposo per limiti d'età; i titolari precedenti sono stati Laënnec, Magendie e Claude Bernard.

Sono promossi tenenti colonnelli medici i maggiori medici Guido Feliciangeli (ospedale militare di Ancona) ed Emilio Sorbara (ospedale militare di Udine); maggiori medici i primi capitani medici Edoardo Lampis (ospedale militare di Verona), Alfredo Gonzales (ospedale militare di Trieste) e Fileno Tattoni (ospedale militare di Trento).

Con *motu-proprio* di S. M. il Re, in occasione del genetliaco di S. M. la Regina, il giorno 8 gennaio i medici della Real Casa dott. cav. uff. Augusto Calonzi e prof. cav. Samuele Sereni sono stati insigniti, il primo della decorazione di cavaliere dei SS. Maurizio e Lazzaro ed il secondo di cavaliere ufficiale della Corona d'Italia.

Vivi rallegramenti agli egregi colleghi.

È stata conferita la medaglia d'oro di propaganda della Croce Rossa Italiana all'on. prof. Nicolò Castellino « per avere prodigato con generosità di cuore e sapienza d'intelletto validissimo ausilio all'incremento del Preventorio Umberto di Savoia in Pozzuoli ».

Sono abilitati alla libera docenza: in Clinica delle Malattie delle vie urinarie: Lozzi Venanzio, Nicolich Giorgio, Sorrentino Michelangelo; in Clinica otorinolaringoiatrica: Calogero Giuseppe; in Fisiologia: Cecchini Ambrogio, Monaldi Vincenzo, Rabino Alfredo, Urzio Lino; in Patologia speciale chirurgica: Pappacena Ernesto; in Chimica fisiologica e patologica: Silvestri Silvestro.

Presso l'Università Tulane di New Orleans sono nominati i dottori: W. H. Perkins, direttore dell'Istituto di medicina preventiva (igiene); J. Hum, direttore della clinica urologica.

Il dott. César Blaye è nominato direttore dell'Ospedale Parmenio Piñero di Buenos Aires.

Per l'istituzione di un premio annuo presso la R. Università di Roma, da intitolarsi: "Fondazione Vittorio Ascoli„

Somma come da precedente N. 50 (1931)	L.	51.766 —
Dott. S. De Marco (Roma)	»	50 —
Dott. V. Ambrosi (Roma)	»	30 —
	L.	51.846 —

Si rende noto che la sottoscrizione è stata chiusa.

NOTIZIE DIVERSE.

La prolusione del prof. Frugoni.

Il 12 corr. il prof. Cesare Frugoni, chiamato ad occupare la cattedra che fu di Guido Baccelli e di Vittorio Ascoli, ha tenuto la prolusione al suo corso, trattando il tema: « L'essenza e gli obbietti dell'insegnamento clinico ».

Una densa folla d'intervenuti si era recata ad ascoltare la parola del nuovo clinico medico di Roma. Notate numerosissime autorità e personalità, fra cui il vice segretario del P. N. F. prof. Marpicati, l'on. Parravano, il sen. Viola, l'on. prof. Morelli, segretario del Sindacato nazionale dei medici, la Facoltà romana di medicina al completo, con il preside prof. Busi; in rappresentanza degli Atenei di Firenze e di Padova — dove precedentemente ha insegnato il prof. Frugoni — i rispettivi presidi delle Facoltà di medicina, prof. Bardelli e prof. Fasiani; il prof. Cesa Bianchi di Milano, il prof. Zagari di Napoli, il prof. Di Guglielmo di Catania. Molti altri ex-allievi e colleghi del prof. Frugoni erano venuti da Firenze e da Padova, in pegno di affetto e di estimazione. Erano anche presenti i figli del compianto prof. Grocco, alla scuola del quale il Frugoni si è formato.

All'ingresso nell'aula ed alla chiusura della lezione il Frugoni venne calorosamente applaudito.

Riportiamo integralmente la conferenza in altra parte del giornale.

La prolusione del prof. Galdi.

Nella sua prolusione al corso di Clinica medica dell'Università di Pisa il prof. Francesco Galdi ha trattato il tema: « Genesi ed evoluzione dell'orientamento clinico moderno ». Dopo un cenno alle correnti del pensiero clinico dall'ottocento al novecento egli ha rilevato come la medicina, fra successive ed alterne ondate d'analisi e di sintesi, abbia progredito positivamente, ed abbia pur risentito del periodo bellico siffattamente da subirne una vera e propria trasformazione spirituale e di indirizzo. La clinica, difatti, è stata quindi innanzi sospinta per le vie ascendenti della scienza e degli affrancamenti etici e morali che hanno fatto aderire la medicina con la nostra vita nazionale e in una bella e promettente fusione e concordia. La Clinica italiana oggi sa armonizzare in una felice sintesi l'analisi sagace e l'esperienza controllata e ravvivata da quel sentimento d'umanità che i grandi Maestri nostri ebbero sempre qual loro primo pensiero. A questi propositi ed impegni il prof. Galdi ha richiamato gli studiosi, in nome della gloriosa tradizione dello studio pisano e dell'Italia, madre inesauribile di ingegni e di energie.

La prolusione fu molto applaudita.

La prolusione del prof. Brancati.

Il prof. Raffaele Brancati, nuovo titolare della cattedra di Patologia chirurgica all'Università di Siena, ha fatto la sua prolusione svolgendo il tema: « La teoria degli stimoli nella patogenesi dei tumori ».

Assisterono alla conferenza il Rettore Magnifico prof. B. Lunghetti ed il Preside prof. Tiberti, quasi tutti i colleghi della facoltà di medicina, numerosi medici della città, rappresentanti di autorità, il Rettore degli Ospedali Riuniti, varie signore ed il prof. Alessandri direttore della Clinica

Chirurgica di Roma, appositamente recatosi colà. La dotta conferenza seguita attentamente da tutti i presenti, fu coronata da un lungo applauso.

Per il Congresso internazionale della "litiasi biliare" a Vichy.

Come abbiamo annunziato, il Congresso internazionale della litiasi biliare si terrà a Vichy, dal 12 al 22 del prossimo settembre.

Ad iniziativa del presidente del Comitato organizzatore, prof. Carnot, Clinico Medico di Parigi, si è testè costituito per il detto Congresso anche un Comitato italiano.

Siamo certi che questo Comitato, il quale ha sovratutto uno scopo di propaganda, contribuirà a stringere sempre più i rapporti di cordiale solidarietà scientifica fra gli studiosi italiani e gli scienziati degli altri paesi che, in quella circostanza, converranno in gran numero, nella maggiore e più bella stazione termale francese.

Il Comitato italiano è costituito dei professori: G. Sanarelli (Roma), presidente; A. Alessandri (Roma), G. Antonelli (Roma), M. Ascoli (Palermo), S. Baglioni (Roma), G. Bastianelli (Roma), P. Boveri (Milano), A. Busi (Roma), A. Ceconi (Torino), A. d'Amato (Napoli), M. Donati (Torino), G. M. Fasiani (Padova), C. Frugoni (Roma), A. Ferrannini (Napoli), G. Gamna (Siena), A. Gasbarrini (Padova), C. Micheli (Torino), G. Muscatello (Catania), A. Nazari (Roma), N. Pende (Genova), S. Pisani (Firenze), T. Pontano (Roma), P. Rondoni (Milano), B. Rossi (Milano), G. Ruata (Roma), G. Sabatini (Sassari), R. Silvestrini (Perugia), A. Trambusti (Genova), A. Valenti (Milano), A. Zeri (Roma), L. Zoja (Milano). Segretario del Comitato è il dott. G. Labranca, assistente nell'Istituto d'Igiene della R. Università di Roma (piazza Viminale 7).

Settimana medica di Padova.

Il prof. Mario Truffi, Commissario straordinario del Sindacato Medico Fascista Provinciale, ha, in accordo colla Facoltà Medica dell'Ateneo Padovano, organizzata per la primavera prossima (22-29 maggio) una « Settimana Medica » alla quale potranno partecipare, oltre ai medici delle Tre Venezie, anche medici di altre parti d'Italia. I brevi corsi e le dimostrazioni che in tale occasione saranno svolti avranno carattere eminentemente pratico. Saranno accordate ai partecipanti facilitazioni di viaggio e di soggiorno.

Il programma particolareggiato verrà reso noto fra breve tempo.

Raduno medico interprovinciale.

La Presidenza della Società Medica Bresciana ci comunica che dal 5 al 7 marzo avrà luogo in Ponte di Legno, con l'appoggio dell'ente autonomo della Stazione Climatica, il terzo raduno per lo studio e l'incremento delle cure climatiche invernali di alta montagna.

In tale occasione, oltre che sedute scientifiche con comunicazioni interessanti svolte da personalità insigni, vi saranno gare sciatorie fra gli intervenuti con la messa in palio della magnifica coppa della Società Medica.

A tempo opportuno verrà data comunicazione estesa del programma integrale, che sin d'ora si prospetta interessantissimo.

Per le industrie chimico-farmaceutiche idrologiche italiane.

Nelle recenti riunioni del Consiglio Nazionale delle Corporazioni il prof. C. Baslini, parlando a nome della classe medica ed anche, per delega del rispettivo Sindacato Nazionale, di quella farmaceutica, ha presentato, a firma anche di S. E. Bodrero, del dott. Ruggeri e del dott. De Dominicis, il seguente Ordine del giorno che veniva approvato all'unanimità:

« La Corporazione delle professioni libere e delle arti, considerata l'importanza che l'industria chimico-farmaceutica ha assunto nel campo della complessa attività industriale nazionale, dando luogo a valutabili correnti d'importazioni ed esportazioni, che hanno peso sulla bilancia dell'economia nazionale; considerata la necessità di una sempre maggiore affermazione di quella industria, particolarmente nell'interesse della salute pubblica, fa voti che, attraverso opportune iniziative di tutte le branche interessate, sia meglio valorizzata in casa nostra la produzione nazionale chimico-farmaceutica nei confronti di quella straniera che, per viziato preconcetto del pubblico, trova facile campo alla infiltrazione, incidendo sul vivo della nostra economia ».

Esenzioni dal pagamento delle imposte di soggiorno e di cura.

A datare dal 1° gennaio 1932, per effetto dell'art. 182 del nuovo testo unico per la finanza locale, approvato con R. Decreto 14 settembre 1931, n. 1175, e pubblicato nel supplemento ordinario della « Gazzetta Ufficiale » n. 214, del 16 settembre 1931, sono esonerati dall'obbligo di pagare l'imposta di soggiorno e di cura ai comuni:

a) i funzionari governativi, gli ufficiali del R. Esercito, della R. Marina, della R. Areonautica, della Milizia Volontaria per la Sicurezza Nazionale, e degli altri corpi militarmente organizzati a servizio dello Stato, in missione per ragioni di servizio;

b) i militari di truppa del R. Esercito, della R. Marina, della R. Areonautica, della Milizia Volontaria per la Sicurezza Nazionale, e degli altri corpi militarmente organizzati a servizio dello Stato inviati alla cura per disposizione delle autorità competenti. (Dal « Giornale Militare Ufficiale », 4 dicembre 1931-X, Disp. 64-*a*, Circ. 609).

Onoranze al prof. Canalis.

In occasione dell'andata in riposo del prof. Pietro Canalis, sono state rese cordiali onoranze all'insigne igienista, da estimatori e amici, nell'aula degli Istituti Biologici della R. Università di Genova.

Parlarono il preside della Facoltà Medica prof. G. Tusini, il direttore della Scuola di Farmacia prof. A. Benedicenti, il pro-rettore dell'Università prof. A. Falchi e l'ultimo aiuto del Canalis prof. F. Pulcher, il quale offrì all'illustre festeggiato una medaglia incisa dallo scultore Marcello Mascherini. Rispose il Canalis, ringraziando della manifestazione.

Onoranze al prof. Ceresole.

Durante il V Raduno del Gruppo Veneto della Società di radiologia medica, tenutosi all'Ospedale Civile di Venezia, furono tributate affettuose ono-

ranze al prof. Giulio Ceresole, per il suo giubileo radiologico. La manifestazione fu presenziata da numerose autorità cittadine. In vari discorsi venne lumeggiata l'attività scientifica, pratica ed umanitaria del Ceresole.

Licenziamento in massa di medici in Spagna.

La Direzione generale della sanità pubblica della Spagna ha emanato un decreto che dichiara vacanti 117 posti medici, i cui titolari furono nominati per via diretta sotto la monarchia; la sostituzione avrà luogo in esito a concorsi. Questa misura ha destato viva sensazione negli ambienti medici spagnoli.

I medici delle Filippine.

Nelle isole Filippine sono registrati 1911 medici su di una popolazione che nel 1928 era valutata di 12.804.100 abitanti; ciò corrisponde a 1 medico ogni 6596 abitanti. In Francia la proporzione è di 1:1690; in Germania di 1:1560; in Inghilterra di 1:1490; negli Stati Uniti di 1:800. (Dal « Journal A. M. A. », 21 nov. 1931).

Nella stampa medica.

Il « National Medical Journal of China » e il « China Medical Journal » si fondono nel « Chinese Medical Journal ». Essi contavano rispettivamente 45 e 17 anni di vita: questi precedenti offrono ogni garanzia per l'avvenire del nuovo periodico, il quale sarà pubblicato mensilmente. Abbonamento annuo 6 doll. oro; indirizzo: P. U. M. C. Peiping (Peking), China.

In tema di etica giornalistica.

Un lavoro pubblicato sulla « Deutsche Mediz. Wochenschrift » era stato ampiamente recensito dal dott. José Martinho da Rocha, sul « Brasil-Medico » di Rio de Janeiro. Un altro periodico medico della stessa città ha, poi, riportato integralmente la recensione, apponendovi la firma del da Rocha, ma senza citare le due fonti. Da ciò una giustificata protesta del « Brasil-Medico » contro la scorrettezza giornalistica e anche perchè il suo redattore potrebbe figurare come un plagrario. Lo strano è che il periodico parassita aveva, tempo addietro, protestato energicamente contro un medico, accusandolo di essersi appropriato del lavoro di un collega senza citare la fonte.

Roentgencinematografie.

I dottori Gottheiner e Kurt Jacobsohn di Berlino, con l'aiuto della « Deutsche Forschungsgesellschaft », sono riusciti ad ottenere delle cinematografie con i raggi X: esse permettono di raccogliere e di riprodurre i movimenti degli organi interni. L'obbiettivo è oltremodo luminoso; le lastre sono di estrema sensibilità.

È morto a Vienna il dott. ALFONSO FORAMITTI, uno dei principali organizzatori dell'assistenza ospedaliera della città.

È morto a Catania, in età di 83 anni, il prof. ROCCO DE LUCA, emerito di Clinica dermosifilopatica in quell'Ateneo.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Clin. Chir., ag. — Cazzamalli, Tabanelli. Modificazioni nel sangue di traumatizzati cranio-cerebrali.

Med. Herald, ott. — F. H. Hardening. Il problema di dimagrare. — H. Goodman. Calvizie nervosa.

Zbl. f. Chir., 17 ott. — H. Hilarowicz. Tecnica dell'asportaz. totale dello stomaco. — H. Kraske. Apparecchio per l'estensione dell'arto infer.

Accad. Med., 15 ott. — A. Muggia, Sinergismo simpatico-leucocitario. — C. Vergombello. Una famiglia dalle sclere blu.

Acta Dermato-Venereol., sett. R. Bernhardt. Eczema seborroico e psoriasi. — L. S. Sirola. L'avvelenamento da preparati salvarsanici. — H. Reiss. Melanosarcomatosi cutanea.

Minerva Med., 20 ott. — F. Corfini. Prova di assorbim. della mucosa gastr. — A. Cionini. Malattie allergiche.

Rass. Internaz. di Cl. e Ter., 30 sett. — P. Farneti. Cura del trofoedema di Meige.

Presse Méd., 17 ott. — E. Leschke. Importanza del sistema vegetativo nel metabolismo.

Journ. A. M. A., 3 ott. — M. B. Cohen e J. A. Rudolph. Stati allergici e infettivi delle vie aeree sup. — S. W. Becker. L'eczema.

Chir. d. Org. di Mov., sett. — A. Pirrone. Ricostituzione rotulea con autotrapianto (met. Leotta). — V. Lo Cascio. Esostosi osteogenetiche solitarie.

Soc. d. Hôp., 9 ott. — F. Trémolière e al. Sindrome di Dercum.

Ann. Inst. Pasteur, ott. — G. Ramon. Miscugli di antigeni specifici e di sostanze non specifiche nella produz. di antitossine. — H. Buschmann e al. B. C. G.

Rif. Med., 12 ott. — N. Pende. Neurochimismo dei vecchi. — A. Fontana. Infezione dell'uomo da « Bacillus gallinarum ».

Jornal dos Clin., 15 set. — W. Bascal. Granuloma coccioideo a localizz. polmon.

Bull. Ac. de Méd., 6 ott. — C. Achard e A. Codounis. Nefrosi lipoidica.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 ott. — Numero sulla tbc.

Presse Méd., 24 ott. — O. Vallery-Radot e A. Lafitte. La prova di Volhard sulla funzionalità renale.

Riv. San. Sicil., 15 ott. — G. Fernandez. Metodo di Hohn per l'isolam. dei bb. tbc.

Giorn. di Batter. e Immun., ott. — V. Finucci. Diagnosi sierologica dell'infez. blenorragica. — C. Fiorio. Spermocoltura.

Proc. R. Soc. Med., ott. — Discussione sulla fisica dei suoni e la fisiologia dell'udito. — Id. sulle epidemie da latte.

Zbl. f. Chir., 24 ott. — R. Bertram e C Böhne. Peritonite da enterococchi. — W. J. Korchow. Oncomi ossei gigantocellulari.

Wien. Klin. Woch., 23 ott. — H. Chiari. Modi di reazione dell'organismo agli stimoli flogistici. — W. Mestitz. Alcool a forti dosi nelle infez. puerperali.

Deut. Med. Woch., 23 ott. — K. Velhager. Aiuti visivi pel medico. — P. Spiro e W. Künstler. Trattam causale delle mialgie e neuralgie reumatiche.

Münch. Med. Woch., 23 ott. — Müller. Morbo di Bang. — Tiefensee. Terapia dell'asma bronchiale.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XXXIX — Roma, 1 Febbraio 1932 - X — Num. 5

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

CLINICA CHIRURGICA DELLA R. UNIV. DI CAGLIARI.

Un esempio di chirurgia conservativa ed i benèfici effetti della sonda uretrale a permanenza.

Prof. G. BAGGIO, direttore.

Se, per chirurgia conservativa si intende quella che, pur mirando alla causa fondamentale della malattia, ne libera l'organismo senza sacrificare nulla di ciò che non sia direttamente compromesso, il caso che mi accingo ad esporre può dare esempio di come la causa suddetta debba ricercarsi talvolta là dove, chi astraesse dalle leggi, poche e semplici, che regolano tutta la patologia, potrebbe credere che fosse invece l'effetto del male stesso; dimostra inoltre, come altrettanto semplici e costanti siano le leggi per le quali l'organismo malato risponde, risanandosi, alle condizioni fisiologiche nelle quali può rimetterlo l'opera del chirurgo; e per di più, dà prova del valore che, a raggiungere questo ripristino delle normali condizioni, possono avere anche i banali artifizii, purchè alle stesse leggi fondamentalmente e perseverantemente ispirati.

Parmi dunque giustificato il chiedere ospitalità di poco spazio ad un periodico nel quale, più che in altri, per lo scopo che si prefigge, di offrire guida costante al professionista, la scienza deve trovare il suo diretto riflesso nella pratica.

L'11 marzo 1929 si presentò a me una donna di 45 anni, coniugata, casalinga, accompagnata dal suo medico curante, il quale raccontava che la paziente aveva subìto, quasi 2 anni addietro, una operazione in cavità dell'addome, durante la quale erano state lese le vie urinarie basse, e che in seguito a ciò s'era formata una fistola urinoso-purulenta sulla linea di cicatrice ipogastrica, che permaneva.

Mentre però da principio le condizioni morbose si erano riassunte nella presenza della fistola, in seguito si aggiunsero stimoli vescicali frequenti, con tenesmo, che presto divenne intenso, insopportabile, con emissione d'urina torbidissima, e negli ultimi tempi l'ammalata aveva notato che l'urina usciva quasi esclusivamente dall'ano.

L'esame obbiettivo confermò la presenza della

fistola addominale ipogastrica mediana, confermò l'emissione d'urina dall'ano e mise in evidenza un calcolo in vescica. Quanto al resto, rimase negativo.

Si poteva quindi stabilire la diagnosi di fistola vescico-addomino-intestinale postoperatoria associata a calcolosi vescicale.

E, poichè non vi erano controindicazioni, proposi di asportare il calcolo e di stare a vedere quanto beneficio si potesse avere da questo intervento che, però, non mirava a dominare l'affezione nel suo complesso.

Accettata la proposta, il 13 aprile 1929 eseguii la cistotomia soprapubica attraverso incisione arcuata della cute e sezione trasversale delle inserzioni pubiche dei muscoli retti, per non intaccare la cicatrice addominale che era sede della fistola; asportai un grosso calcolo, richiusi parzialmente e applicai una Pezzer dall'uretra.

Il risultato fu che cessò immediatamente il tenesmo vescicale, le urine andarono riprendendo i caratteri normali, si arrestò la loro emissione dall'ano e l'apertura fistolosa della parete addominale si chiuse.

La Pezzer fu lasciata oltre il tempo di chiusura della ferita soprapubica e fu ritirata soltanto il 2 giugno, vale a dire 40 giorni dopo la cistotomia.

Ritirata la sonda, l'ammalata urinò spontaneamente per alcuni giorni senza sofferenze, eccettuato il modico bruciore da cistite, spiegabile con la protratta permanenza della sonda stessa.

Ma, dopo altri 12 giorni accusò un rumore di gorgoglio durante le minzioni, e il tramite fistoloso vescico-addominale che s'era rapidamente chiuso dopo l'asportazione del calcolo, si riaperse: con un forellino appena capace dello specillo, ma attraverso il quale lo specillo procedeva per qualche centimetro.

Il rumore di gorgoglio fu interpretato come dovuto a gas di provenienza intestinale che passasse in vescica attraverso un residuo dell'originaria comunicazione fistolosa vescico-intestinale: fistola che poteva essere rimasta sempre aperta e poteva, invece, essersi riaperta dopo una chiusura provvisoria seguita all'intervento: come era avvenuto per quella vescico-addominale.

A questo punto poteva dirsi problematico un giovamento risolutivo dalla prosecuzione del drenaggio vescicale. Ma io vi insistetti e riapplicai la sonda col deliberato proposito di mantenervela molto più a lungo che in passato.

Il ripristino del trattamento fece scomparire di nuovo in breve tempo i sintomi urinari. Questa seconda volta, però, nonostante il raggiunto beneficio, invece di togliere la sonda, munii l'ammalata di un urinale portatile e con questo la mandai a casa, affidandola ad un medico che avesse cura di praticare regolarmente i lavaggi della vescica, e consigliandole di perseverare a questo modo almeno per qualche mese ancora.

Con la protesi urinaria l'ammalata attese dal 14 giugno al 9 ottebre 1929: che vuol dire 4 mesi; poi fu ricoverata nuovamente per altri 10 giorni a scopo di osservazione; e, infine, fu liberata dalla Pezzer e lasciata a sè stessa.

Da allora è guarita. Riesaminata anche recentemente (cioè più di 2 anni dopo l'operazione), urina regolarmente ed emette urine limpidissime, normali. Le ferite dell'addome sono chiuse solidamente.

Questo il caso: nel quale la successione dei fatti risulta come il naturale svolgimento di azioni e di conseguenze facilmente individualizzabili.

Ma, a valutare questi fatti da quel tanto che se ne poteva prevedere, invece che dall'esito, non paiono inutili le considerazioni che facevo da principio. E, per cominciare, ci si può chiedere: esisteva il calcolo prima dell'intervento addominale nel quale furono lese le vie urinarie, o s'è formato dopo?

I particolari anamnestici che si sono potuti raccogliere, riguardo ai sintomi che pecedettero la suddetta operazione, sono questi:

Otto anni fa l'a. fu colta improvvisamente da brivido seguito da febbre elevata che durò qualche giorno. Il terzo giorno si aggiunse dolore vivo al quadrante inferiore destro dell'addome ed abbondante emorragia uterina. Il quinto giorno la febbre ricomparve, i dolori diminuirono ed anche la metrorragia si attenuò. Quest'ultima ebbe, tuttavia, delle alternative di maggiore o minore intensità, per cui la paziente, verso il 30° giorno di malattia decise di farsi ricoverare in luogo di cura. Quivi stette due mesi. Le furono praticati bagni di luce, lavande uterine ed, in ultimo, il raschiamento dell'utero. Ritornata a casa, stette bene per quanto riguardava temperatura e dolore, ma non per quanto si riferiva ai fatti emorragici: i quali ricomparivano ogni 15-20 giorni. Passarono così alcuni anni, in capo ai quali, e cioè nel maggio 1927, fu nuovamente ricoverata in luogo di cura dove le fu diagnosticato e asportato un tumore dell'utero.

Su questi dati anamnestici non è facile affermare che il calcolo ci fosse prima dell'operazione ginecologica. Più verosimile pare invece l'ipotesi che si sia formato dopo, perchè l'anamnesi continua così:

Diversi giorni dopo l'atto operativo, quando fu tolto il catetere uretro-vescicale che era stato applicato in seguito all'operazione, l'ammalata s'accorse che da un piccolo foro della ferita usciva, durante le minzioni, qualche goccia d'urina. Dopo 10 giorni la ferita parve cicatrizzata interamente e per altri 17 giorni non vi fu più perdita d'urina, ma in capo a questo tempo la ferita si riaperse e gemette urina nuovamente. Passarono dei mesi e la quantità d'urina emessa dalla fistola aumentò, perchè ne usciva anche in periodi intervallari alle minzioni.

Tuttavia non vi fu fino a questo momento, alcun dolore. Fu soltanto nel dicembre (l'operazione era stata eseguita a maggio) che comparvero bruciori vescicali: da prima lievi e fugaci al momento di mingere, poi intensi e costanti, anche indipendentemente dalla minzione, tanto che l'ammalata fu ricoverata di nuovo e fu trattata per otto giorni con catetere a permanenza in seguito a diagnosi di cistite.

Un anno dopo l'inizio di questi fenomeni cistitici, la fistola addominale si chiuse temporanea-

mente; ma l'ammalata si avvide che l'urina non usciva più dall'uretra e veniva invece dal retto. Contemporaneamente le sofferenze vescicali si erano fatte insopportabili.

Dato questo succedersi di sintomi, pare — dico — più verisimile l'ipotesi che il calcolo si sia formato dopo l'operazione ginecologica anzichè prima.

E ne risulterebbe anche facile la concezione patogenetica. Di fatti è giustificata anzitutto l'asserzione che la fistola fosse della vescica e non di altro segmento urinario, quale l'uretere: perchè l'emissione d'urina, sia dall'apertura addominale che dall'intestino, si arrestò in seguito al nostro drenaggio permanente della vescica, mentre così non sarebbe stato se l'urina fosse provenuta da fuori della vescica stessa. In tali condizioni, ammessa una precoce infezione del campo operatorio e ammesso il diffondersi di quest'infezione dal campo operatorio alla vescica, si viene a riconoscere la fermentazione d'urina intravescicale e, di conseguenza, il depositarsi di sali, ciò che vuol dire la formazione del calcolo. Probabilmente, anzi, questo si sarà formato intorno ad un nucleo di prodotti flogistici, che abitualmente si invoca in casi analoghi. Anche la sua composizione chimica (cioè di fosfati) suffraga la patogenesi suddetta.

Contro di essa non c'è che da farsi la domanda: se un anno o poco più possa essere bastato alla produzione di un calcolo che aveva le rispettabili dimensioni di cm. 5 1/2 per 4 e per 3 ed un peso di gr. 42.

Ma: in ultima analisi, il problema che il calcolo esistesse da prima, o si sia formato dopo l'operazione ginecologica, interessa fino ad un certo punto. Ciò che mi pare più importante da rilevare è l'influenza esercitata dal calcolo sul decorso della fistola. E tale influenza deve essere intesa così: ci sia stato prima o si sia formato dopo, da quando ci fu, il calcolo è diventato causa del persistere della fistola vescico-addominale e del suo complicarsi con la compartecipazione successiva dell'intestino. Pure ammettendo, cioè, la formazione del calcolo come fatto consecutivo alla fistola vescico-addominale, bisogna pensare che il calcolo stesso, una volta stabilitosi, sia diventato causa, non solo di inguaribilità spontanea della fistola, ma, anzi, della sua progressione: così che l'asportazione di esso, non solo era indispensabile per troncare le sofferenze dell'ammalata, ma imperniava tutta la cura della fistola medesima.

Il calcolo agiva da corpo estraneo che, mantenendo più o meno contratta la vescica e occupandone in parte la cavità, favoriva il passaggio d'urina dalla vescica al cavo addominale, da dove finirono per essere compromesse anche le pareti, verisimilmente, del retto o del sigma.

Primo atto di ogni terapia della fistola doveva essere quindi l'asportazione del calcolo.

Ma questo non era che un primo atto di terapia: indiretto nei riguardi della fistola. Allontanato il calcolo, rimaneva nuovamente da scegliere fra una condotta terapeutica che affrontasse la fistola direttamente ed un'altra che la trattasse indirettamente.

La cura diretta doveva consistere nel sopprimere la comunicazione tra vescica e cavo addominale mediante un'operazione di plastica. La cura indiretta avrebbe mirato a favorirne la chiusura spontanea, secondo il principio che diremo.

Ecco il lato maggiormente giustificativo della pubblicazione e del suo titolo. Ecco l'esempio di chirurgia conservativa.

La stessa cistotomia eseguita per asportare il calcolo avrebbe potuto essere utilizzata per chiudere la fistola, seguendo la via endovescicale divulgata da Marion per le fistole fra vescica e vagina.

Ma, a prescindere dalla via, non mi parve opportuno rimaneggiare tessuti flogosati ed aderenti ad anse intestinali, senza che ve ne fosse necessità imprescindibile. E che questa necessità imprescindibile non ci fosse, me lo faceva credere un vecchio principio di terapia.

È noto infatti che i liquidi dell'organismo tendono sempre a seguire le vie naturali e, qualora ne siano deviati da ostacolo, basta rimuovere quest'ostacolo perchè riprendano il loro corso normale.

Altra esperienza dice che gli essudati seguono facilmente le leggi di gravità e, una volta drenati a valle, lasciano cicatrizzare i tessuti a monte. Dimostrazione di questa legge ci fu anche nel caso nostro, nel quale, allorchè le urine presero la via dell'intestino, ove il fluire era facile, si chiuse spontaneamente, almeno per un certo tempo, l'apertura addominale della fistola.

La terapia conservativa del nostro caso doveva consistere dunque nel fare in modo che l'urina (e con essa gli essudati intra ed extravescicali) non trovassero ostacolo per giungere all'uretra.

Il primo ostacolo era consistito nel calcolo; ma un secondo rimaneva anche dopo l'asportazione del calcolo, nella contrattura spastica della vescica flogosata.

Anche senza calcolo previo, lo spandimento d'urina nel campo della operazione ginecologica avrebbe potuto dar luogo precocemente a tragitto fistoloso: appunto perchè la precoce flogosi della vescica doveva mantenere le pareti vescicali contratte, limitando in tal modo lo spazio di raccolta destinato fisiologicamente all'urina.

Contrattura della vescica equivale poi a potenziamento dello sfintere vescicale, per cui tanto più si deve accentuare la pressione espulsiva del detrusore anche sulla poca urina che a mano a mano si sia raccolta in vescica, quando voglia compiersi l'urinazione, e tanto più è favorita quindi la fuoriuscita di quest'urina da un'apertura vescicale patologica anzichè dall'uretra.

Contrattura della vescica equivale dunque ad ostacolo fisiologico che agisce nè più nè meno di quanto agisca l'ostacolo meccanico.

Perrucci ha guarito una fistola vescico-intestinale limitandosi a sondare e lavare la vescica e a trattare medicalmente la tubercolosi che ne era causa (*Arch. Ital. Urol.*, II, pagina 157). Forse avremmo ottenuto anche noi il nostro scopo sottoponendo l'ammalata a siringazioni e lavaggi endovescicali regolarmente ripetuti. Ma avevamo ragione di riprometterci che l'attesa fosse anche più redditiva se il metodo fosse stato applicato più intensamente: se, cioè, invece di drenare periodicamente, avessimo drenato permanentemente. Quindi: lavaggi ripetuti sì, ma con sonda a permanenza: che drenasse in continuazione il liquido infetto dal cavo vescicale e lasciasse la vescica in riposo.

Altri esempi di beneficio portato dalla sonda uretrale a permanenza nella guarigione di fistole vescicali possono essere le guarigioni ottenute da Fiolle in un caso di fistola vescico-vaginale recidivato dopo il metodo Marion, e da Klika Milòs e da Ottow in casi rispettivi di piccole fistole vescico-vaginali elettrocoagulate. (Fiolle, *Bull. et mém. de la Soc. nat. d. chir.*, 53, 1927, rif. *Z. org.*, 40, 341; Klika Milòs, *Z. org.*, 40, p. 678; Ottow, *Zbl. f. Gynäk.*, 51, 1927, rifer. *Z. org.*, 39, p. 380).

Il risultato del nostro trattamento fu quello che abbiamo detto: fu cioè la chiusura della fistola che dura ormai da 2 anni e che può dirsi quindi definitiva.

Ma per ottenere questo risultato si dovette perseverare a lungo nel trattamento: e ciò non sarebbe stato possibile senza la convinzione dell'efficacia di questo trattamento, ossia se non fossero state radicate le nozioni che abbiamo illustrato.

Portare nuovo contributo alla diffusione di queste nozioni costituiva l'altra parte del compito tracciatomi.

Ed ora potrebbe rimanermi, se mai, da dimostrare la convenienza del trattamento conservativo rispetto a quello che, dovendo usare l'antitesi, non saprei dire diversamente da trattamento *aggressivo*. Ma la portata stessa dell'attributo (e tale penso veramente che debba suonare) me ne dispensa.

RIASSUNTO.

Un caso di fistola vescico-addomino-intestinale post-operatoria associata a calcolosi vescicale, che fu trattato con la asportazione del calcolo e l'applicazione prolungata della sonda uretrale a permanenza e fu guarito stabilmente.

Ospedale del Littorio in Roma - Padiglione Lancisi
diretto dal Dott. S. MUZII, primario.

Contributo clinico allo studio delle affezioni del collo vescicale

per il dott. E. MINGAZZINI,
aiuto-chirurgo e libero docente.

La morfologia e le affezioni del collo vescicale offrono ancor oggi un largo campo di studi a coloro che s'interessano della materia, poichè i suoi problemi anatomici, fisiologici e patologici non sono completamente risolti.

Per collo vescicale s'intende la parte più bassa della vescica, ove essa si prolunga nell'uretra. Questa convenzione, sulla quale l'accordo parrebbe pacifico, manca di precisione anatomica poichè il concetto di collo vescicale è e rimane eminentemente funzionale. Difatti ricordato per la prima volta da Lieutaud nel 1717, fu poi negato da Delbét, e in seguito riammesso con varia fortuna da numerosi altri autori.

Dobbiamo a Versari (1907) alcuni lavori fondamentali sull'argomento; di poi i suoi confini si sono, in seguito agli studi di Kalischer, Disse, Wesson, Heiss, (1912-1928), definiti più precisamente. Come verrà dimostrato in seguito bisogna riconoscere come il collo vescicale non possa essere rappresentato che dalla sovrapposizione di due orifizi: il vescicale, e l'uretro sfinterico: il primo circoscritto da un bordo di un certo spessore, il secondo circondato dallo sfintere liscio per un tratto di 12-15 mm. (Alesio).

In questa piccola regione si trovano l'orificio vescico uretrale con i suoi due versanti,

l'uvola vescicale, la fossula prostatica, l'estremità superiore della cresta uretrale. I francesi hanno chiamato tale regione « le carrefour vescico-sphincto-uretèro-trigonal ».

Anatomicamente vi distinguiamo vari strati. La *mucosa* di rivestimento, che si presenta liscia, sottile, senza papille, aderente ai piani sottostanti è costituita da un epitelio pavimentoso stratificato, dalla *sottomucosa* pluristratificata; dal *corion* ricco di fibre elastiche.

Controversa è la presenza di ghiandole mucipare, sebbene alcune ricerche e alcune considerazioni tendano ad ammetterle in modo indubbio. Certamente la mucosa è fornita di follicoli e di piccole ghiandole a grappolo. Queste si confondono facilmente con le ghiandole prostatiche.

La conoscenza esatta dello *strato muscolare* è d'importanza fondamentale. Anticamente si distingueva un detrusore e uno sfintere liscio, ad azioni antagonistiche. Oggi questa teoria in apparenza seducente è risultata insostenibile.

Nella vescica si riconoscono tre strati muscolari: uno esterno longitudinale, uno medio circolare, uno interno longitudinale.

Lo strato longitudinale esterno sul vertice si trova disposto in plessi, sulla faccia anteriore si differenzia in una zona mediana più superficiale e due zone laterali ad esso sottostanti. Sulla faccia posteriore i fasci longitudinali convergono in basso tra i due sbocchi ureterali, evitandone le parti laterali. Anteriormente i fasci si perdono nei legamenti pubo-vescicali: posteriormente si ancorano alla parte superiore della prostata: il resto nel collo vescicale va a formare il muscolo di Wesson.

Lo strato circolare posto all'interno del precedente e a questo riunito da intrecci di fibre si presenta piuttosto esile sul vertice, mentre sul resto del corpo è disposto piuttosto regolarmente. In basso raggiunge la prostata dove si riunisce ai fasci della muscolatura longitudinale. Le fibre dello strato circolare anteriormente determinano sulla faccia anteriore dell'uretra, a livello del *veru montanum*, un anello situato nell'interno e più in basso del cingolo formato dalle fibre esterne longitudinali posteriori.

Infine all'interno dello strato circolare a livello della zona inferiore del corpo vescicale e rispettivamente del trigono esistono alcuni fasci a sede sottomucosa a decorso longitudinale.

Venendo ora a considerare la zona del collo e prescindendo dallo sfintere esterno, occorre studiare alcune speciali formazioni muscolari che incominciano nel trigono e scendono in basso fino ad oltrepassare la zona dello sfintere vero e proprio. La disposizione dei fasci muscolari lascia riconoscere le seguenti formazioni:

1) Muscolo trigonale (*musculus trigonalis* di Kalischer). Questo forma la massa muscolare del trigono e possiede fibre a direzione trasversale e altre longitudinali poste nella sottomucosa. Alcune delle fibre continuano lateralmente in avanti e girano intorno all'uretra e si riuniscono sulla faccia anteriore della parte più bassa dell'anello, porzione alla quale la maggioranza degli AA. dona il nome di:

2) Sfintere liscio vero e proprio. (*M. Sphincter vesicae internus*: Henle, Sappey, Kalischer, Versari, Disse, Petufi).

Secondo Möllendorff questo è a sua volta differente nella sua costituzione: la metà posteriore è costituita chiaramente da fasci regolari di fibre separati da connettivo ricco di cellule e di fibre: solo mancano, a differenza della muscolatura vescicale dei fascetti secondari. La metà anteriore invece presenta accanto a singoli fasci grossolani, una enorme quantità di fascetti, a direzione così disordinata che sulla stessa sezione si possono ritrovare fibre dirette in ogni senso.

Verso il margine anteriore della prostata, si vede un passaggio insensibile in una regione muscolare costituita prevalentemente da fibre muscolari striate trasversalmente. Nella zona limite dei due strati, le fibre striate giacciono isolate e disseminate tra gli elementi muscolari lisci; viceversa nel territorio costituito prevalentemente da fibre muscolari striate, si ritrovano fibre muscolari lisce. Verosimilmente a questo alludeva Henle descrivendo lo sfintere animale.

3) M. arcuato esterno (*M. arcuatus externus* di Wesson, che corrisponde all'*Annulus urethralis* di Waldeyer). È formato da un grosso ammasso di fasci muscolari a decorso circolare, situati al di sopra dello sfintere e su tagli sagittali è visibile solo in corrispondenza della parete anteriore. Questo muscolo cui era stata assegnata un'importanza relativa nel meccanismo di apertura del collo vescicale era stato interpretato come emanazione dello strato circolare. Invece Heisse e Wesson hanno dimostrato come provenga dallo *strato longitudinale esterno*.

4) Infine dalla muscolatura longitudinale posteriore esterna si partono dei tralci che attraverso il trigono terminano in reti elastiche nel territorio dell'uvula. Heiss ha chiamato tali formazioni *M. retractor uvulae*, imaginando

che questa sezione della muscolatura longitudinale nell'apertura del collo estragga l'uvula, come un cuneo, dall'apertura semilunare chiusa dell'uretra.

Dunque al livello del collo esiste un anello muscolare, il vero sfintere liscio (porzione uretrale del M. trigonale di Kalischer) la cui esistena è chiara sopratutto posteriormente, e poi l'altro mezzo arco costituito dal M. arcuato di Wesson. Questo risulta certo; discussa è l'importanza del M. retrattore dell'uvula.

Ma tutte queste formazioni muscolari sono intimamente connesse non solo tra loro ma anche col resto della muscolatura vescicale così che riesce impossibile sistematizzarne azioni nettamente antagonistiche e sopratutto indipendenti. Sono azioni armonicamente allacciate la cui azione complessiva termina con l'apertura del collo.

Oltre le già citate, numerose sono le *ghiandole* del collo: tra esse si ritrovano le craniali di Pallin, quelle sottocervicali, le utricolari, tutte appartenenti alla prostata.

Le *arterie* del collo vescicale provengono dalle A. vescicali inferiori, dall'emorroidaria media, anteriormente dalla pudenda e dall'otturatoria.

Le *vene* formano un plesso circolare a finissime maglie nella sottomucosa. Questa tonaca vascolare prende il carattere di un tessuto cavernoso rudimentale e possiede un'indiscussa importanza nel meccanismo dinamico del collo.

Le vene sboccano nel plesso pubo-vescicale del Santorini, nel vescico-prostatico e nel seminale, i quali tutti per le loro anastomosi costituiscono un unico plesso pelvi-vescicale. Questo riceve vene anche dal corpo vescicale e attraverso vie diverse sbocca nelle vene ipogastriche. Questa ricchezza di vene ed i rapporti anastomotici con le reti venose vicine (rettali, otturatorie, utero ovariche, ecc.) spiegano perchè il vario stato di replezione venosa possa agire sul meccanismo di apertura e chiusura del collo e come su questo possano agire, a sua volta, turbe dei plessi venosi vicini.

Numerosi sono i *linfatici* che, disposti a rete nel corion mucoso terminano nei gangli della biforcazione della aorta addominale (Cuneo e Marcille). Altri linfatici sboccano in quelli delle vescicole.

Nervi. In prossimità del collo vescicale esistono un gran numero di nervi e di gangli (Cuccati, Langley, Rochet). Essi derivano dal plesso ipogastrico costituito da fibre del plesso lombo aortico, e dal simpatico sacrale con fibre mieliniche ed amieliniche. Le fibre mieliniche derivate dal III e IV paio di nervi sacrali vanno a costituire il *nervo erettore* (Eckardt). Al collo vescicale giungono altre fibre dal plesso ipogastrico, ma indirettamente, attraverso plessi secondari (Pl. emorroidario medio, vescicale, prostatico).

Quindi alla innervazione del collo prenderebbero parte nervi di origine simpatica propriamente detta, ed altri derivati del sistema sacrale autonomo. Non conosciamo ancora perfettamente le vie cerebro vescicali nè i loro rispettivi centri; ne ammettiamo incontrovertibilmente la loro esistenza. Uguali incertezze s'incontrano nella ricerca e nei tentativi di localizzazione di un centro spinale per la contrazione tonica dello sfintere. Completamente insicura, controversa anzi, è l'azione dei vari nervi o sistemi innervanti il collo. Basti ricordare che Adler ha ritenuto possibile la presenza di 4 specie di fibre nello stesso nervo erettore: inibitrici dello sfintere, costrittrici spinali, dirette volontarie e recettive. Tutto al più si può ammettere che i nervi pelvici siano destinati alla contrazione della vescica, mentre i nervi ipogastrici contraendo lo sfintere liscio siano destinati alla chiusura del collo.

Se la questione della innervazione è ancora *sub judice*; è chiaro che insoluta deve rimanere tutta la *fisiologia della minzione*.

Di questa bisogna considerare le modalità per le quali: 1) si avverte lo stimolo ad urinare; 2) si apra il collo vescicale all'inizio della minzione; 3) si mantenga chiuso il collo durante gli intervalli; 4) si possa procrastinare la minzione, malgrado lo stimolo.

1) Quale è lo stimolo determinante l'apertura del collo all'inizio della minzione?

Si era ammesso che fosse la presenza di alcune goccie di urina che bagnassero l'uretra prostatica (Goltz), ma fin da Guyon è stato dimostrato come la mucosa del collo non possieda nessuna diversa sensibilità verso l'urina rispetto alle altre parti della vescica. La sua mucosa è invece sensibile all'azione dei medicamenti più che al contatto di corpi ottusi. La massima parte degli AA. ammette invece una sola forma di sensibilità: quella muscolare, riportando a crampi muscolari anche il dolore; altri distinguono invece varie forme di sensibilità. Mantenendo tale distinzione Courtade ritiene che la sensibilità generale (quella che produce il dolore) agisca attraverso le vie del simpatico, quella funzionale, per mezzo dei nervi sacrali.

Esclusa quindi la teoria di Frankl-Hochwardt, essendo stata dimostrata insostenibile la maggiore o diversa sensibilità dell'uretra

prostatica, bisogna ammettere con Adler che sia la distensione del detrusore a provocare una contrazione dello sfintere e a risvegliare così il bisogno di mingere.

2) Per quello che riguarda le modalità dell'inizio della minzione esistono diverse teorie, alcune delle quali non hanno che un interesse storico. Per la soluzione del problema ha giovato sopratutto l'esame della minzione con l'aiuto della radiologia, dell'endoscopia, gli studi di Young, Phélip, Wesson, Schwartz, Boeminghaus.

Non si può sostenere con Olhl, Küss ed altri che l'inizio della minzione sia legata al forzamento dello sfintere, avendo Genouville dimostrato che questo può resistere ad una pressione maggiore di quella esplicata dal detrusore. Si può pensare con Zeissl, Rehfisch che entri in gioco un antagonismo dei nervi vescicali, ossia ad una azione inibitrice sullo sfintere e una contrazione del detrusore.

Secondo Luciani il rilasciamento sfinterico può avere due origini: è riflesso nella minzione incosciente e in quella dovuta alla sensazione di bisogno di urinare, mentre è provocata quando la minzione sia sottoposta al controllo della volontà.

Schwartz, giovandosi del metodo manometrico, ritiene che l'apertura del collo si inizi con un aumento di tono del detrusore, e sia seguito immediatamente da un aumento di tono dello sfintere: dopo che il primo ha raggiunto una determinata pressione si apre lo sfintere, permettendo al detrusore di contrarsi rapidamente.

Ma da quanto si disse, risultava già che l'apertura del collo rappresentasse qualche cosa di più complesso che non un semplice rilasciamento di uno sfintere. Difatti Young e Wesson hanno osservato e Phélip ha precisato che *l'apertura si fa a spese di tutto il segmento vescicale inferiore*. L'orifizio diviene ovalare; il *trigono* dapprima si solleva, formando un unico piano coll'uretra posteriore, poi sull'ultimo si abbassa mentre la fossetta prostatica si raccorcia e s'incava a raccogliere le ultime goccie di urina. Dunque il muscolo trigonale lavora in un tutt'uno armonico con le diverse parti del collo.

Nè basta, che il dinamismo vescicale non va limitato al solo tratto cervicale, perchè la minzione non solo si accompagna, ma vien preceduta da un mutamento di forma del corpo vescicale. Difatti la successione dei vari tempi dell'inizio della minzione può essere schematizzata così: il detrusore inizia la serie degli atti con la sua contrazione: quando essa ha raggiunto un certo grado d'intensità entrano in azione quelle fibre che costituiscono il retrattore dell'uvula. Superato il limite di elasticità, spostandosi il collo (azione del M. trigonale) si vengono a mettere in trazione i legamenti pubo-vescicali sul margine anteriore del collo: a questi fattori va infine aggiunto lo scarico del plesso venoso sottomucoso, dipendente a sua volta dal mutamento di forma della vescica; allora si apre il collo e la contrazione del detrusore svuota la vescica.

3-4) La fisiologia della minzione presenta altri punti oscuri. Non solo è difficile spiegare come un atto riflesso quale la minzione possa essere sottoposta anche al controllo della volontà, ma rimane da spiegare come si possa, d'altro canto, stabilirsi, in determinate lesioni nervose, un certo grado di automatismo vescicale.

Non basta ammettere come la tonicità dello sfintere vada intesa non come una condizione statica, espressione di una elasticità tissulare, ma come legata ad uno stato di contrazione speciale, espressione di un dinamismo attivo: non basta dire che il tono possieda un carattere automatico, come lo ha, mantenuto dall'attività di un centro sacrale: bisognerebbe mettere in chiaro in qual modo l'aumento di tono che subentra quando si procrastina la minzione, perda il suo càrattere di reflettività per assumere il tipo di un dinamismo cosciente soggetto alla nostra volontà. Questo non sappiamo come non conosciamo le ragioni per cui l'automatismo incoscente si ripresenti daccapo non appena la vescica ha finito di vuotarsi proprio quando la distensione e quindi qualsiasi stimolo sono caduti allo zero.

***

Come in ogni altro organo si possono osservare nel collo vescicale disturbi funzionali e disturbi organici, legati ad alterazioni nervose o muscolari le prime, a numerosi altri fattori i secondi. Ambedue possono determinare un ostacolo alla chiusura o all'apertura del collo e condurre ad una incontinenza quindi o ad una ritenzione. Quest'ultima può essere completa o incompleta, temporanea o permanente. Ma, accanto a queste sindromi ben definite, esiste una serie di disturbi ai quali Legueu ha dato il nome di *disectasia*, la quale consiste in fondo in un cattivo funzionamento del collo vescicale. Bisogna anche tener presente come il Legueu già da tempo insiste sulla grande importanza del fattore funzionale nella genesi dei disturbi della minzione. Perfino nell'ipertrofia della prostata che parrebbe il

prototipo delle cause meccaniche, il Legueu ammette un'importanza di gran lunga maggiore ai disturbi dinamici che non alla presenza stessa dell'adenoma stesso.

Nelle cause nervose, capaci di modificare il dinamismo del collo vescicale, il fattore può considerarsi primario in lesioni le più diverse del sistema nervoso centrale o periferico. Sono affezioni o traumi midollari, specie del segmento lombo sacrale, nella spina bifida occulta, cranioschisis, neuriti post-infettive, tossiche e discrasiche. In questi casi non si assiste quasi mai allo stabilirsi di un'atonia cervicale, quasi che al mantenimento del tono bastino gli organi nervosi periferici ed intramurali, ma si manifesta quasi sempre un'ipertonia e uno spasmo. Discussa appare l'esistenza di un fattore neuro muscolare ereditario sotto forma di un'ipertonia idiopatica (spasmo cronico del collo, senza cause apparenti) con rigidità secondaria dei tessuti cervicali. (Alesio).

Il fattore neuro-muscolare può essere viceversa secondario a lesioni locali o distanti. Nelle lesioni locali si tende ad ammettere una essenza puramente meccanica dei disturbi. Il meccanismo ne è incerto, ma non v'è dubbio che la congestione, l'infiltrazione dei tessuti possa realmente abbassare se non annullare la capacità di svuotamento vescicale.

Una spiegazione sufficiente per la patogenesi dei disturbi a lesioni a distanza non la possiamo ancora dare: in via d'ipotesi dobbiamo ammettere la partecipazione di uno o più segmenti del sistema nervoso.

Tra le cause organiche rientrano tutte quelle lesioni che alterano la struttura e la morfologia del collo vescicale, ora profondamente, ora meno, qualche volta in maniera minima.

Con Alesio, che dell'argomento si è interessato in una pregevole monografia con il Pisani, si possono classificare tra le prime, oltre l'ipertrofia, il cancro prostatico, le affezioni del veru (atresie, stenosi, valvole, ipertrofia) tutti i processi flogistici acuti e cronici della prostata stessa; i restringimenti, i tumori primitivi del collo vescicale, le cisti, le deformazioni da cause estrinseche, quasi sempre dipendenti dall'utero (fibromi) e dalla vagina, i calcoli uretro-vescicali e prostatici, i traumi diretti (falsa strada) o indiretti (lesioni del bacino).

Nelle seconde ritroviamo i processi di atrofia o ipertrofia dei tessuti cervicali. Sebbene l'atrofia si manifesti prevalentemente nei vecchi e si associ ad una atrofia della prostata, non è da escludersi anche una forma primitiva per arresto di sviluppo della prostata. La forma senile può riconoscere nella grande maggioranza dei casi un'origine flogistica. Nelle iperplasie dei tessuti del collo si ritrovano descritte quelle del tessuto linfatico, del muscolare (barra) frequentemente accompagnate da elementi infiammatori, del ghiandolare, del connettivale, e forme miste (totale generalizzata o f. miste di iperplasia e di ipertrofia a carattere parziale) fibrosa. Oltre l'ipertrofia glandolare, quale fattore etiologico più comune si riscontra la flogosi, la quale assume o la forma ipertrofica o quella sclerosante, e si associa spesso a lesioni della prostata. La sclerosi infiammatoria del collo vescicale rimane una delle lesioni più frequenti del collo vescicale; la origine ne è spesso oscura, ma accompagna o segue le più svariate lesioni della prostata o dell'uretra, ragione per la quale essa è stata considerata come secondaria alle lesioni citate.

Altre cause sono i restringimenti del tratto iniziale dell'uretra rari sia nell'uomo e più nella donna, sono le cisti o formazioni cistiche, le varie specie di neo-formazioni, quali i papillomi, i polipi ghiandolari e mucosi dell'uretra posteriore, i papillomi angiomatosi, adenomi, epiteliomi e sebbene più raramente i fibromi, i miomi, i mixomi, gli angiomi, gli adeno-epiteliomi e i sarcomi.

*
* *

Come si vede l'elenco delle affezioni del collo vescicale è lungo: che cosa si deve comprendere allora sotto il nome generico, *di malattia del collo* del quale spesso si usa?

In realtà la *cosidetta malattia del collo*, è un termine destinato a sparire. Ne testimoniano già le varie definizioni proposte in sostituzione (ipertrofia congenita del collo (Marion), stenosi larga del collo cervicale (Colombino), o sclerosi cervicale, e i vari quadri clinici e anatomo-patologici se ne vanno delineando.

Sotto il suo nome vanno ancora alcune sindromi, nelle quali il fenomeno clinico culminante è rappresentato dalla ritenzione, e in cui il reperto anatomo patologico appare come sproporzionato rispetto ai disturbi osservati. Sono quindi tutti quei casi nei quali non si trova che un'atrofia dei tessuti cervicali, di solito associata a quella della prostata, una iperplasia o trofia dei componenti normali del collo, oppure una sclerosi quasi sempre accompagnata ad una flogosi.

Alcuni AA. assegnano alla flogosi una grande importanza, altri invece, ritenendo la sclerosi come una manifestazione congenita, qualificano l'infiammazione come un epifenomeno.

Negro, ad esempio, ritiene che il fattore essenziale della sclerosi del collo consista in una malformazione congenita espressa da un'alterata disposizione degli strati muscolari ad azione antagonistica, presiedenti l'apertura e la chiusura del collo: il Lilla invece è di opinione perfettamente opposta. Egli sostiene come la massima importanza vada ascritta ai fenomeni flogistici, e che l'origine congenita vada limitata alle barre e alle pliche interureteriche primitive. In ogni modo, sia primitiva che secondaria, la flogosi rappresenta in alcune affezioni del collo il fattore predominante.

Una posizione speciale prendono alcuni speciali fattori, tra i quali gli *adenomi intraparietali* formatisi a spese delle glandole prostatiche, piccolissimi o addirittura microscopici. In questo ultimo caso essi si trovano come sperduti tra lo stroma o tra i fasci fortemente dissociati dello sfintere: ad essi viene quindi riferita la sindrome morbosa.

Da ultimo è da ricordare come l'*iperemia vasale* acquista talora un vero e proprio significato patologico per il cospicuo sviluppo e la speciale disposizione delle vene, in quanto che la replezione dei vasi coadiuva e influisce sul meccanismo di apertura e chiusura del collo.

Per la esiguità delle lesioni è comprensibile come da parecchi AA. si invochino quindi lesioni, di un tratto qualunque del *sistema nervoso centrale o periferico*, situato in vicinanza o a distanza del collo vescicale senza, però, presentarne meglio la sede o la natura.

Dal punto di vista anatomo-patologico si constata la presenza di un cercine più o meno sviluppato al livello del collo, di tessuto duro, inelastico, inestensibile, il quale rappresenta un ostacolo tale alla minzione da determinare tutta la sindrome clinica. Istologicamente nel collo escisso si osserva di frequente un edema della mucosa o del corion spesso costituito da un connettivo lasso a larghe maglie, con infiltrazioni linfosplasmocitarie. Al disotto di esso, si osservano fasci fibrosi più o meno compatti; spesso poveri di nuclei tra i quali si ritrovano qua e là i resti di elementi muscolari in preda ad una degenerazione ialina, a secondo il periodo evolutivo. Le glandole proliferano e si approfondano spesso nella mucosa mentre i vasi sono beanti, piccoli e pieni di sangue, molteplici, tanto da far pensare ad anomalie vasali.

Un reperto analogo si ritrova nella barra interureterica.

L'*etiologia* di queste lesioni è quanto mai varia e si può dire che quasi ogni autore che ha studiato questa malattia ha creduto di poter addurre sempre una causa diversa.

Sono ricordati, quali cause etiologiche, i *traumi* pregressi, specialmente operatori e ostetrici (nella donna specie in seguito ad operazioni chirurgiche sull'utero, non perfettamente eseguite, (Pisani, Valdoni, Rinaldi). *Cause infiammatorie* di vicinanza: cisti prostatiche. Cause etiologiche ritenute *congenite* (e tra queste le valvole congenite del collo vescicale e dell'uretra prostatica nei loro diversi tipi, malformazione del *veru-montanum*, stenosi congenite del collo vescicale facilmente riscontrabili nei bambini (Alesio, Beer); cause congenite di oscura e ipotetica interpretazione (ipertrofia congenita del muscolo trigonale e del legamento interuretrale con formazione di uno sfondato retro trigonale, causa di ritenzione); malformazione congenita nella struttura o nella forma del collo vescicale (contratture); ipertrofia congenita del collo e dello sfintere liscio (Marion).

Da altri AA. sono citati anche dei fattori di *predisposizione costituzionale* (Pisani); fattori etiologici puramente *funzionali* (Gioia, Rubritius, ecc.) accettati in Italia da Nicolich, Bloch, De Gironcoli, sostenitori di uno squilibrio essenziale nella innervazione del collo vescicale; cause etiologiche rapportabili a quelle poco note della ipertrofia prostatica.

Rapporti con *infezioni pregresse*. Clinicamente si possono aver diverse evenienze: diretto e progressivo passaggio da una pregressa uretro-prostatite, gonococcica o no, alla sindrome del collo; sclerosi infiammatoria del collo consecutiva a una uretrite cronica retro-stritturale, da stenosi uretrale post-blenorragica o traumatica; malattia del collo secondaria a cistiti croniche pregresse, qualche volta localizzate fin dall'inizio sul collo vescicale; lesione del collo seguita alle affezioni ginecologiche; cateterismi ripetuti o manovre vescicali improprie in calcolosi vescicali o prostatiche infette; interventi chirurgici seguiti da infezioni (Young). Oltre gli AA. già ricordati, hanno accettato, almeno in certi casi, la genesi infiammatoria Minet, Buerger, von Rittmer, Pisani, ecc. In rapporto all'infezione blenorragica vera e propria, Young su un complesso di 355 casi ha trovato precedenti blenorragici del 40 % di essi e nel 3 % l'inizio dei disturbi coincise con una uretrite gonococcica. Sui 67 casi comunicati e raccolti nella relazione Pisani, riguardanti autori italiani (Bruni, Alesio, Terra Abrami, Colombino, Scalone, Gioia), furono trovati precedenti blenorragici positivi 21 volte.

La *sintomatologia* della sclerosi del collo offre in vero poco di caratteristico riproducendo

quasi esattamente quella propria della ipertrofia prostatica. Seguendo l'evoluzione clinica noi possiamo sommariamente distinguerla in tre periodi:

un periodo *iniziale* irritativo in cui prevale una sindrome da prostatismo con turbe disuriche, quali pollachiuria, diurna e notturna, che può talvolta ripetersi ogni dieci minuti, minzione lenta e prolungata accompagnata da spasmi dolorosi, diminuzione della forza del getto, qualche volta ematuria.

Tali sintomi si succedono spesso molto lentamente. In qualche caso i primi sintomi si manifestano sotto forma d'incontinenza saltuaria diurna o notturna o solo notturna.

Segue il periodo *di stato* in cui domina la ritenzione vescicale che può essere acuta o cronica, completa od incompleta, con o senza distensione, settica od asettica. Infine si può giungere sia lentamente che progressivamente fino al quadro della ritenzione incompleta cronica, o repentinamente e bruscamente alla ritenzione completa acuta.

A queste in secondo tempo dopo un intervallo di ripresa parziale delle minzioni può definitivamente succedere la ritenzione completa cronica che talora si stabilisce d'*emblée*. Con la ritenzione completa od incompleta si va incontro al 3° periodo: delle *complicazioni*.

Negli affetti da sclerosi del collo vescicale la ritenzione completa d'urina è meno frequente che negli affetti da ipertrofia della prostata.

I sintomi sessuali descritti, il più delle volte sono in realtà praticamente trascurabili.

Le complicazioni primitive sono: la ritenzione completa acuta, la ritenzione incompleta o completa cronica, l'ematuria che se in genere non ha grande importanza, può assumerne una maggiore quando riconosca che l'origine sia una rottura delle vene varicose del collo vescicale, spontanea o provocata (due casi di Bruni) ed infine l'infezione urinaria che costituisce una complicanza quasi costante ed inevitabile.

Complicazioni secondarie sono spesso date da: uretriti e periuretriti, dalla prostatite talora preesistente, cistite, tanto frequente che più di una complicazione può essere considerata come un sintomo.

La *diagnosi* di questa forma morbosa non è facile. Essa verrà posta in base ai dati anamnestici: considerare l'età (ne son colpiti prevalentemente i giovani) e le eventuali pregresse infiammazioni delle vie genito-urinarie (infezioni uretro-prostatiche), tempo di inizio, durata e tollerabilità dei disturbi.

Oltre l'esame generale somatico ha la massima importanza un esame completo ed accurato del sistema nervoso, completato dalle indagini di laboratorio (esame delle urine, reazione di Wassermann, ricerca dell'eosinofilia).

L'esame che ci permetterà di arrivare alla diagnosi è quello speciale urologico clinico strumentale e radiografico.

L'esame clinico consisterà nell'ispezione (ricerca del globo vescicale).

L'esame del meato urinario e della minzione naturale (comportamento del getto dell'urina).

L'esplorazione rettale ha una grande importanza: fornirà i dati sul volume, forma, superficie, consistenza della prostata. Talora si constata una particolare consistenza fibrosa della prostata, che altre volte essa si palpa « aderente ». L'esplorazione bimanuale (retto-ipogastrica) eseguita a vescica vuota, molto spesso ci rivela l'eventuale presenza di un lobo prostatico, tal'altra permette di percepire il collo vescicale di solito libero, depressibile, indolente, qualche volta poco mobile.

Con l'esplorazione uretrale verrà ricercato:

1) il mancato allungamento e la mancanza di elasticità dell'uretra, caratteristici della sclerosi del collo;

2) alterazioni paretiche del collo (mancato arresto del rigonfiamento dell'esploratore in corrispondenza dello sfintere durante l'estrazione dello strumento;

3) una rigidità caratteristica (scatto dello strumento al livello del collo).

L'insieme di questi sintomi è sempre molto sospetto di malattia del collo vescicale.

Ricercare l'esistenza del residuo vescicale (sintomo frequente).

Con l'esame endoscopico si ricercano:

1) le deformazioni statiche del collo (rigidità, irregolarità dei suoi contorni ispessiti a colorito bianco grigiastro poco vascolarizzato);

2) la posizione elevata e l'ipertrofia del trigono;

3) il frequente e relativo allungamento della porzione sopramontanale dell'uretra dipendente dall'innalzamento del collo.

Studiate le condizioni statiche del collo si passa allo studio endoscopico dello svuotamento vescicale ideato e propugnato da Young e Wesson, osservando lo stato di dilatabilità passiva. Mentre il collo normale si lascia distendere sotto un brusco afflusso del liquido irrigatore, e ritorna rapidamente su se stesso non appena cessata l'irrigazione, nella malattia del collo o questa mobilità non esiste o è molto ridotta, per cui si dice che il collo è

passivamente rigido. Anche più importante ad osservarsi sono le alterazioni funzionali (mancata contrazione della regione trigonale) dello svuotamento vescicale attestanti una anormale resistenza proprio del collo all'attivo meccanismo della sua apertura (rigidità funzionale).

Gli esami radiologici e la cistouretrografia in posizione obliqua di Haudek offrono interessanti dati (studio dell'apertura del collo vescicale).

In ultimo va ricordata l'indagine operatoria che dà (Pisani) come reperto veramente caratteristico e costante: una rigidità dei contorni del collo ed un senso di durezza fibrosa che si prova alla palpazione dei margini.

La *diagnosi differenziale* in linea generale è basata essenzialmente sul corredo dei: 1) *sintomi anamnestici* quali: frequenza e difficoltà alla minzione, evoluzione per lo più lenta e data di inizio dei disturbi disurici molto lontano, spesso dall'età giovanile; 2) *dai sintomi derivati dall'esame obbiettvo* e cioè reperto rettale negativo per l'ipertrofia prostatica, aumento frequente di consistenza della prostata e dei tessuti costituenti il collo vescicale; 3) *dai sintomi derivati dagli esami strumentali;* presenza di barre posteriori o anteriori deformanti il collo, ispessimento in toto e rigidità attiva e passiva del collo stesso, associati ad ipertrofia del trigono, sviluppo di colonne vescicali, a residuo cronico di urine.

In linea generale l'*evoluzione* della malattia del collo è molto lunga e tipicamente progressiva: la *prognosi operatoria* è abbastanza buona e certamente migliore di quella per l'ipertrofia prostatica, sia perchè la scelta degli interventi operatori è abbastanza vasta e dei quali taluni associati ad un rischio trascurabile, come gli interventi endoscopici, sia sopratutto per la resistenza dei pazienti di solito giovani ed in discrete condizioni fisiche.

Nella *terapia* della sclerosi del collo comprendiamo da un lato le cure mediche e dall'altro le chirurgiche. Le prime di importanza modesta, le altre di valore insostituibile.

Il trattamento medico comprende:

1) Mezzi di cura igienici nel periodo iniziale: Igiene generale e delle vie urinarie, genitali, digerenti, e tutti quei medicamenti che, a secondo del bisogno riescono decongestivi, tonici, antitossici calmanti, antisettici, ecc. Quando esiste una ritenzione e non venga accettato o non sia possibile un intervento, è bene ricorrere al cateterismo evacuatore sistematico, associato al lavaggio della vescica, o alle iniezioni endovenose di urotropina.

2) Partendo dal concetto della prevalenza del fattore neuro-muscolare (spasmo), sono state proposte ed eseguite, cure con anelgesici, sali di calcio, di vitamine, di ormone paratiroideo, (contro il terreno spasmofilo). Risultati in genere nulli.

La terapia cruenta diretta a rimuovere l'ostacolo aprendo e rendendo beante il collo vescicale è quella che si potrebbe definire di scelta.

I procedimenti adottati sono numerosi e possono essere col Pisani classificati in tre gruppi a seconda la via scelta per aggredire il collo:

1) Via perineale. (Via oramai abbandonata).

2) Via endouretrale. Questa via seguita sin dai primi tentativi, e poi abbandonata è stata rimessa in onore dal Young col suo *cautery punch*.

Questo strumento permette di escidere sotto il controllo della vista dei frammenti di collo. Strumenti simili proposero il Geraghty ed altri: metodo non scevro di inconvenienti (emorragia e complicanze settiche). Altri AA. hanno eseguito delle distruzioni parziali del collo con correnti ad alta frequenza per via cisto-uretroscopica: risultati discreti (Papin, Hertz, Bonanome).

Simile ai precedenti è il *forage* di Luys il quale per mezzo di un uretroscopio a secco scava un tunnel nel collo, sotto il controllo della vista e mediante l'elettrocoagulazione ad alta frequenza: risultati brillanti, ma non esenti nè da emorragie, nè dalle solite complicanze settiche.

3) Via soprapubica. Questa via rappresenta oggi il procedimento operatorio di elezione mediante la quale è consentito di procedere alla: 1) divulsione o discissione del collo; 2) dilacerazione del collo; 3) sezione del collo; 4) escissione cuneiforme del collo; 5) ablazione o resezione totale del collo (Pisani).

Il primo metodo è ormai abbandonato: il secondo che in genere non lascia soddisfatto il chirurgo offre talora la sorpresa di un risultato immediato buono e di un cattivo risultato lontano; la semplice sezione del collo non riesce mai soddisfacente; l'escissione uniforme del collo se ben praticata (e per bene si intende l'escissione di un lembo posteriore di 1 × 1 1/2 cm. con sutura dei lembi) offre buoni risultati. Ma è all'ultimo metodo che sono affidati i migliori e sopratutto i più costanti risultati. Nel malato ben preparato e in anestesia rachidea previa ampia epicistotomia si esegue una incisione circolare o semicirco-

lare posteriore intorno al collo, seguito dalla dissezione circolare (ricorrendo all'escissione con le forbici qualora se ne presenta il bisogno). Detersa la vescica e senza ricorrere ad alcun tamponamento si procede alla sutura dei piani vescicali e si invia il malato a letto (Lasio).

Le cure post-operatorie sono quelle consuete di un prostatectomizzato. Eccezionale il tamponamento della cavità residua.

In caso di bisogno ricorrere ad operazioni complementari (uretrotomia, diverticolectomia, resezione della barra interureterica). Le complicanze settiche sono naturalmente suscettibili di cure adeguate.

Da ricordare alcuni speciali interventi quali: la simpaticectomia periarteriosa dell'arteria iliaca esterna, la resezione del nervo presacrale, dei nervi ipogastrici o una complessa enervazione del collo vescicale i cui risultati definiti modesti dallo stesso Scalone che più degli altri si è interessato bisognano ancora di ulteriori convalide.

Riteniamo interessante riportare il caso occorsoci.

L. Michele fu Antonio, di anni 31, contadino. Nulla d'importante nel gentilizio. Il paziente riferisce che sin da bambino aveva la minzione difficile e dolorosa; egli era costretto durante la notte al alzarsi un paio di volte per mingere; durante la giornata la emissione delle urine era piuttosto frequente. Due anni or sono ittero catarrale. Da due anni il paziente ha cominciato a rimettere involontariamente le urine sia durante la giornata che la notte. Quando il paziente orinava spontaneamente non aveva la sensazione di uno svuotamento completo della vescica. In seguito comparve dolore e bruciore nelle minzioni. Ha praticato cure elettriche senza alcun risultato. Ricoverato altrove è stato trasferito con diagnosi di ritenzione d'urina nell'Ospedale del Littorio il 25 gennaio 1931.

All'esame obb. Condizioni generali buone. Sensorio integro. Decubito indifferente. Polso ritmico a media frequenza e pressione.

Torace e cuore, nulla di obiettivo. Addome trattabile, indolente. Fegato e milza: nulla.

Esame neurologico negativo.

Negativa la palpazione rettale.

La vescica giunge fino a tre dita al disotto dell'ombellicale trasversa. Dalla vescica svuotata volontariamente si estraggono 250 cc. di urina.

Esame urine: Aspetto torbido. Colore giallo-chiaro. Odore ammoniacale. Reaz. alcalina. Peso specif. 1008. Urea 8,70 ‰.

Albumina traccie. Glucosio assente. Acetone assente. Indacano assente.

Sedimento, enorme quantità di leucociti ben conservati. Rare emazie. Urati e ossalati. Cellule di sfaldamento delle vie urinarie. Germi.

La prova della diluizione seguita da quella della concentrazione hanno dimostrato una grave deficienza sia dell'uno che dell'altro potere.

Prova del Niyri: Eliminazione dell'iposolfito 12 %. Azotemia: 0,53 ‰.

Cistoscopia: Vescica scarsamente continente. La vescica si presenta arrossata e tumefatta con essudato biancastro diffuso. Nella regione del trigono si scorge una barra (legamento interureterico).

Non si riesce a vedere gli sbocchi ureterali. Prostata edematosa.

Durante la estrazione del cistoscopio si avverte uno scatto in corrispondenza dell'uretra posteriore.

Esame radiografico: Nulla di notevole all'esame diretto dell'apparato urinario; ampia schisi della prima sacrale. La cistografia non riesce completamente perchè non è tollerata dal paziente; ad ogni modo al livello del collo vescicale si nota la sporgenza di una massa a cupola.

L'indagine con uroselectan ha mostrato: eliminazione del prodotto da entrambi i reni i quali però sono tramutati in enormi saccoccie contenenti urine in cui il prodotto si diluisce notevolmente, tanto che l'uretere di sinistra si intravede appena, enormemente dilatato, mentre il destro si rende affatto apprezzabile. Anche la vescica non si rende visibile per la diluizione del prodotto. Radiologicamente si conclude per una idronefrosi bilaterale.

Diagnosi: Sclerosi del collo con idronefrosi bilaterale e cistite diffusa consecutiva.

Operazione (Mingazzini). 14-2-31: Anestesia locale novocaina all'0,5 %, più adrenalina all'1 ‰: Incisione soprapubica. La parete muscolare vescicale si presenta ispessita con la mucosa assai arrossata. Si palpa una barra interureterica assai evidente. Si palpa il collo come un cercine sporgente. Si pone una sonda di Pezzer.

Nella seconda metà del mese di febbraio si osservano lievi elevazioni febbrili. Le quantità di urine oscillarono da cmc. 1500 a 3000. Furono praticate iniezioni endovenose di urotropina.

6 marzo: Operazione (Mingazzini). Rach. stov. 0,04 + +. Si allarga la ferita soprapublica. Si escide un largo tratto cuneiforme del collo: si seziona la barra interureterica. Si rimette un drenaggio vescicale.

Durante il mese di marzo la temperatura si mantiene al di sopra della norma non superando mai però i 38°.

Fu continuata la cura con iniezioni endovenose di urotropina, con lavande vescicali al nitrato d'argento.

Il 16 marzo fu tolto il drenaggio soprapubico: la ferita si chiuse entro pochi giorni.

Nel mese di aprile la temperatura decadde al disotto della norma.

Fu continuata la cura delle lavande vescicali.

13 aprile: Cistoscopia: vescica ben cont. 150 cmc. La mucosa è di colorito giallo-chiaro, riccamente vascolarizzata: superficie irregolare; molte colonne la solcano ovunque. specie nel basso fondo e nei lati. Lo sbocco dell'uretere destro si vede bene, meno bene quello di sinistra. A destra e posteriormente si scorge bene l'apertura di un diverticolo grande come un pisello. Il collo vescicale è irregolare. In basso e specie verso sinistra si notano piccole produzioni carnose che sporgono un poco nell'interno.

Cromocistoscopia: Il colore torna a destra dopo 10; a sin. Dopo 13 minuti invece non torna ancora. Lo scatto che si avvertiva nel ritirare lo

strumento a livello del collo vescicale non si avverte più.

9-4-1931: Nuovo esame radiografico.

La nuova indagine con Uroselectan ed Abrodil mostra una migliore eliminazione del prodotto, ma ancora la presenza di grosse idronefrosi bila-

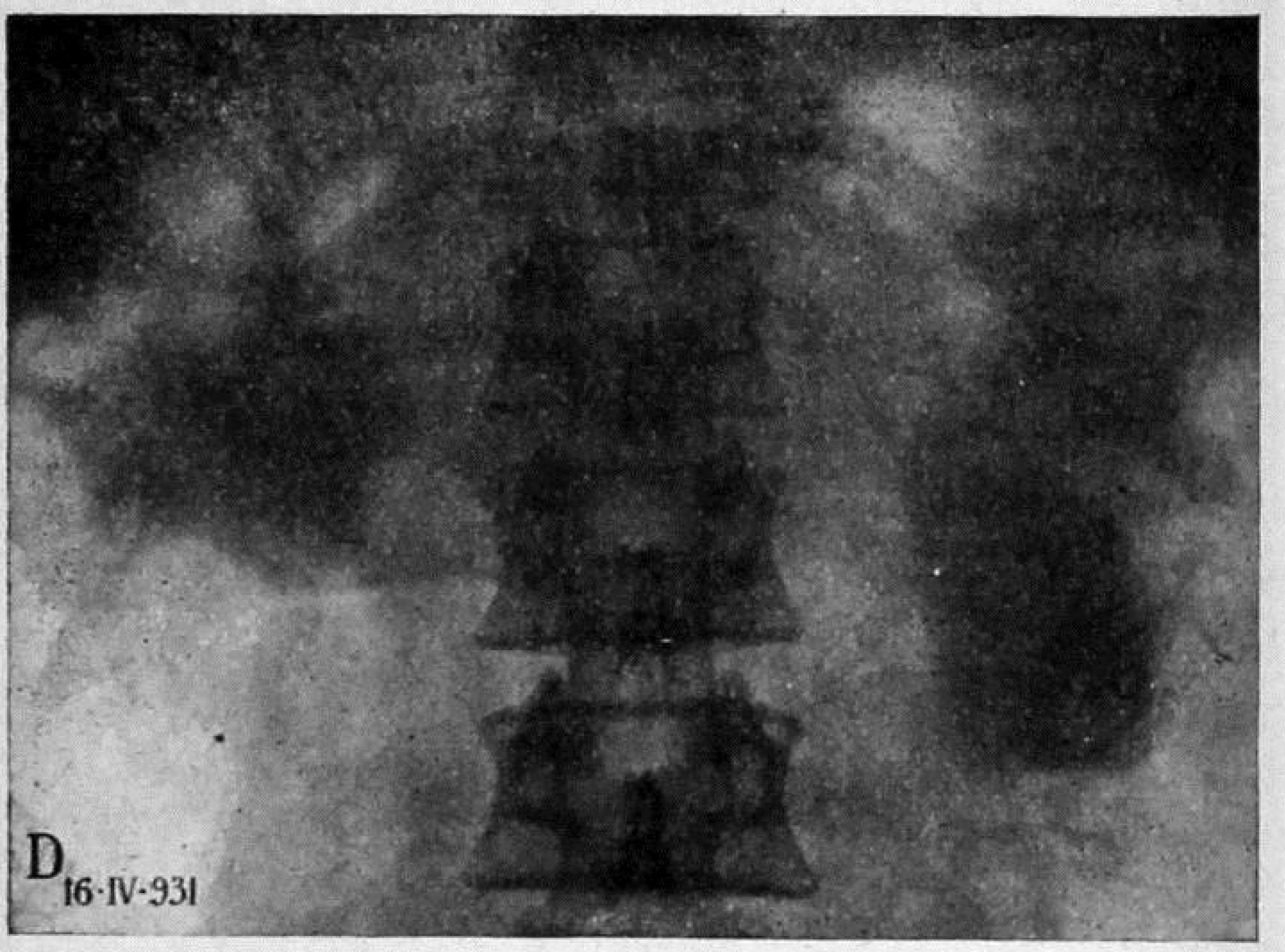


Fig. 1.
Voluminosa idronefrosi bilaterale.

terali, che però confrontate a quelle delle indagini precedenti sembrano di grado alquanto minore (fig. 1).

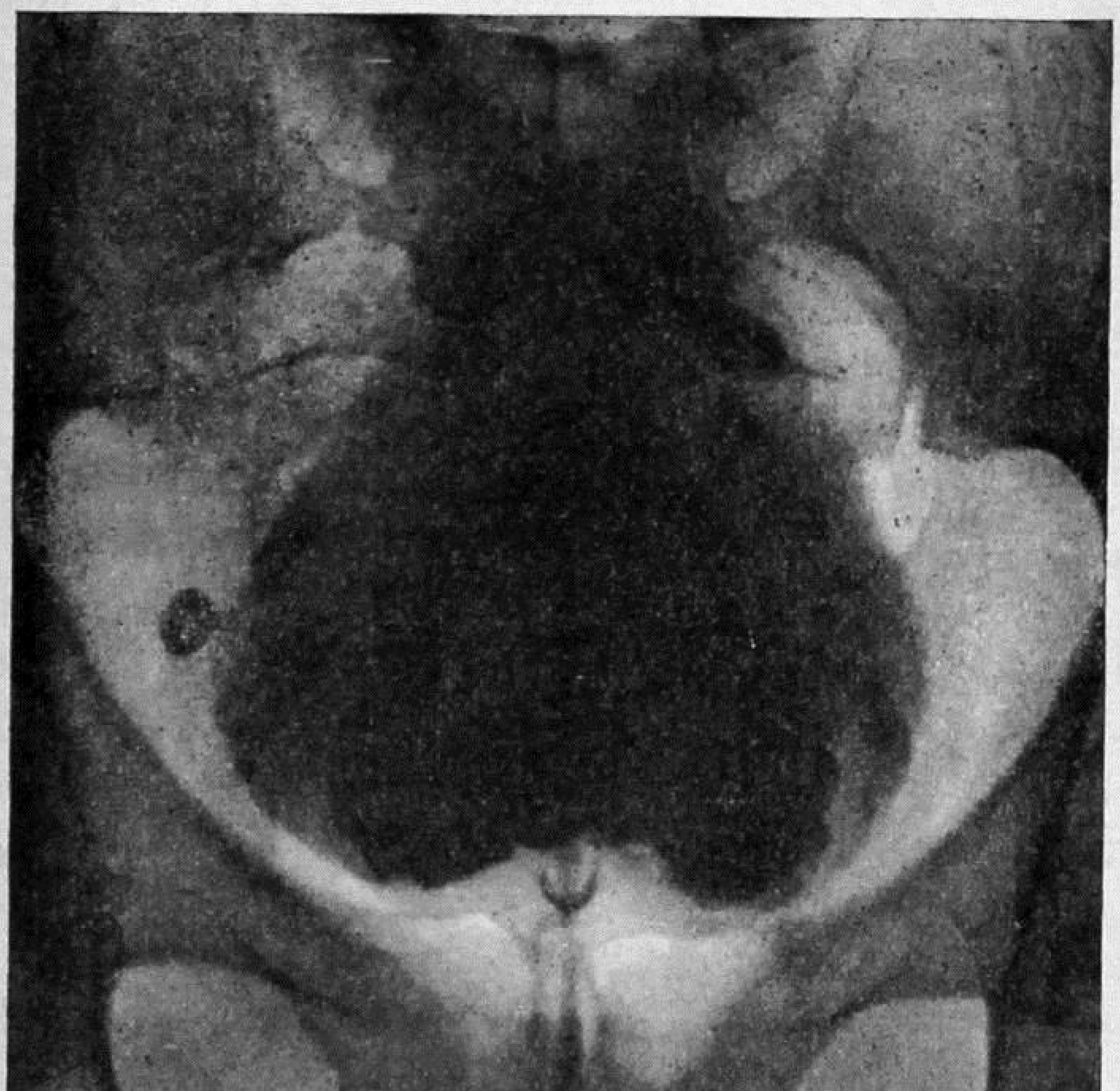


Fig. 2.
Vescica a colonne: piccolo diverticolo sulla parete laterale destra.
Si vede la sporgenza del collo ipertrofico e la zona escissa, sotto forma di Y.

Cistografia: Vescica a colonne; il riempimento avviene bene; lo svuotamento si effettua con lieve difficoltà. Rimane in vescica un piccolo residuo. Sul lato destro della vescica esiste un diverticolo grande come un pisello, a lungo e sottilissimo tramite; che rimane pieno dopo la minzione. A carico della 1ª sacrale evidente schisi (fig. 2).

Il 17 aprile il paziente urina bene e a minzione terminata, siringata la vescica se ne estraggono 8 cmc. di urina.

Il paziente viene quindi dimesso.

Conclusioni.

Da quanto si è esposto è dunque difficile o per lo meno prematuro dettare un quadro definitivo sulle affezioni del collo vescicale. Innanzi tutto dovrebbe essere pacifico di escludere dal novero della cosidetta « malattia del collo » tutte quelle affezioni già elencate, alla presenza delle quali possono riconnettersi i disturbi della sfera urinaria. Il concetto di malattia del collo vescicale andrebbe dunque circoscritto alle forme di sclerosi chiamate anche come ha proposto il Colombino stenosi larghe del collo. Come si è ancora detto, se per i concetti anatomo patologici regna confusione: altrettanta incertezza esiste sulla patogenesi.

Non è ancora definitivamente stabilito se l'origine della sclerosi sia congenita o flogistica.

La ipotesi di una vera e propria alterata disposizione congenita dei fasci muscolari nei quali alcuni (Negro) vorrebbero localizzare un'azione antagonistica, viene infirmata dal fatto che l'apertura del collo vescicale non è l'espressione di un rilasciamento associato o seguito immediatamente da una contrazione, ma piuttosto l'espressione di una serie di movimenti ben coordinati risultanti legati all'azione dei fasci muscolari a sede non solo cervicale, bensì anche vescicale (muscolo trigonale di Kalisker, fascio arcuato di Wesson, strato plessiforme della vescica, muscolo retrattore dell'uvula).

D'altro canto non si può neanche supporre che la flogosi da sola sia sufficiente a determinare la sindrome del collo perchè questa è eccezionale mentre quella è frequentissima.

Probabilmente la verità è nel mezzo e difatti spesso l'origine dei disturbi risale ad una epoca troppo remota perchè la possibilità di una predisposizione congenita (alterazione neuro-muscolare) possa senz'altro essere scartata. (Caso descritto). Ma tale predisposizione congenita rimane compensata fino ad un'epoca nella quale la complicazione settica determina lo scompenso. Rimane ancora da stabilire la ragione per cui la sclerosi accresca la sua estensione. La difficoltà appare anche maggiore se, ricordando la legge di Weigert, si ammette che la sclerosi sia sempre secondaria e conseguente ad una scomparsa degli elementi nobili di un organo.

D'altro canto la patologia umana ci offre

altri esempi che possono essere paragonati a questo. Tutte le dilatazioni idiopatiche dei vari organi cavi (esofago, retto ecc.) di origine sicuramente congenita compensati più o meno bene durante i primi anni della vita, si traducano poi con disturbi funzionali nei quali risulta leso il giuoco degli antagonisti quando un'infezione si impianta su di un tessuto disteso, o sia sede di ristagno o quando si manifesti una stanchezza o una degenerazione muscolare.

Il primo concetto vorremmo sostenere nel caso attuale senza volerlo estendere a tutti i casi osservati da altri AA.

Difetta nel nostro, è vero, l'esame istologico, ma il risultato terapeutico non poteva essere migliore, ciò che giustifica l'opportunità della condotta tenuta.

RIASSUNTO.

L'A. esposta l'anatomia, sia normale che patologica, del collo vescicale, discussa l'etiologia, la patogenesi, la sintomatologia e la cura delle sue affezioni, descrive un caso personale *di malattie del collo*, nel quale l'escissione cuneiforme del collo condusse a guarigione il malato.

BIBLIOGRAFIA.

N. B. — Le pubblicazioni sul collo vescicale sono assai numerose. Ne riportiamo solo alcune, consultate, tra le più importanti, rimandando per la letteratura alla relazione di PISANI e ALESIO: Congresso Soc. it. urol., 1931, Bari.

ALESIO C. *Sul fondamento anatomico della cosidetta malattia del collo vescicale.* Atti Soc. Ital. Urologia, 1929.

BORETTI C. *Malformazioni congenite del collo vescicale e disturbi disurici secondari.* Ibid., 1927.

BRUNI C. *Un caso di incontinenza nella donna ecc.* Ibid., 1926.

ID. *Ein Fall von Blasenhämorrhoiden ecc.* Monatsberichte Harn u. Sexualapp., vol. I, n. 9, 1897.

CHWALLA. *Die Starre des inn. Blasenschliessmuskels ecc.* (30 casi operati). Brun's Beitr., v. 57, 1929.

HEISS. *Ueber den Sphincter ves. int.* Arch. Anat. u. Phys., 1915, parte An. F., 516. 1927.

ID. *Die mechanischen Factoren der Verschlusses und der Eröffnung der Harnblase ecc.* N. Niemeyer, 1928; Schr. Königsberg Gelehrten Ges. Ann. 5 F. 7.

LEGUEU e DOSSOT. *La disectasie du col vésical.* La Presse Méd., genn. 1931.

LUCIANI. *Fisiologia dell'uomo.*

MARION. *Les dysuries par modification du col vésical*, Bull. Soc. Franç. Urol., dic. 1928.

MOLLENDORF. *Handuch der Mikrosc. An. des Menschen*, vol. VIII, 1930.

PISANI C. *La cosidetta « malattia del collo vescicale ».* Arch. it. An. e Ist. pat., 1 gen. 1931.

SCALONE I. *La chirurgia dell'innervazione periferica del simpatico.* Milano, 1931.

VERSARI A. *Ricerche sulla tonaca muscolare della vescica urinaria e specialmente sul muscolo sfintere interno*, 1927.

WESSON. *The trigone of the bladder as a factor in urinary obstruction.* Surg. Gyn. a. Obst., luglio 1926.

YOUNG e WESSON. *Anatomy and Surgery of trigone.* Arch. of Surgery, luglio 1927.

OSPEDALE CIVILE DI SCANSANO - SEZ. CHIRUR.

Rara lesione traumatica dell'uretra femminile e degli organi erettili della vulva

per il dott. GIORGIO BABINI, chirurgo prim.

Credo non inutile pubblicare questo caso capitato in questi ultimi tempi sotto la mia osservazione, e che presenta speciale interesse tanto dal punto di vista della patogenesi, quanto per il gravissimo pericolo cui fu esposta la vita della donna, sia per la terapia, d'altronde intuitiva e semplicissima, che fu applicata.

Le lesioni traumatiche dell'uretra femminile, quando si escludono quelle così dette ostetriche, ed altre lesioni che in certi soggetti possono aversi per introduzione nell'uretra di oggetti, i più svariati, a scopo erotico, rappresentano una vera rarità.

Difatti il Nicolich nel suo bel trattato di urologia dice testualmente: « I traumatismi « dell'uretra sono molto frequenti nell'uomo, « rari invece nella donna per la brevità e si« tuazione protetta dell'uretra femminile... « Le rotture dell'uretra sono del tutto ecce« zionali nella donna, nella quale si verifi« cano soltanto in seguito a frattura del ba« cino ».

Del resto anche consultando i più recenti trattati di chirurgia, di urologia e di traumatologia, da tutti gli autori si vede accennato il medesimo concetto del Nicolich, e nessun trattatista dedica più di poche parole all'argomento. Le mie consultazioni, poi, delle rubriche bibliografiche dei più importanti giornali di chirurgia, quantunque eseguite con molta accuratezza non mi hanno permesso di imbattermi in un caso solo dalla cui descrizione risultasse qualche analogia col mio.

Quello stesso che ha detto per l'uretra si può ripetere, ed a maggior ragione per gli organi erettili della vulva, ed in particolare per le radici del clittoride, che poste come si sa, profondamente ed in intimo contatto con le branche ischio-pubiche sono particolarmente protette.

F. Luisa, di anni 42 da Roccalbegna, Contadina. Entra il 12-III-1931. Viene inviata dal medico condotto d'urgenza con diagnosi di metrorragia profusa e sospetto di emorragia interna.

I famigliari che la accompagnano raccontano che mentre la P. ritornava la sera avanti a cavalcioni del ciuco come usano le donne in Maremma, dalla chiesa dove era stata ad ascoltare la predica alla propria abitazione, salendo per un sentiero alpestre molto ripido e molto sassoso, la cinghia che sosteneva la sella si era rotta senza che la donna se ne accorgesse, e che la sella scivolando sul treno posteriore della cavalcatura era caduta trascinando con se la donna rimasta a cavalcioni.

La donna, come poi in seguito ebbe a dichiarare, avvertì all'atto della caduta un forte colpo in corrispondenza della regione perineale e del pube.

Rimasta tramortita nella caduta fu raccolta quasi immediatamente da alcune donne che seguivano la stessa strada, e che rinvennero la nostra P. ancora a cavalcioni della sella ed *in un lago di sangue*.

Trasportata alla propria abitazione e chiamato il medico questi, dopo aver constatato che la perdita di sangue proveniva dai genitali, e pensando che l'emorragia venisse forse più dall'utero che dalle piccole lesioni esterne constatate, si limitò ad ordinare qualche iniezione emostatica e di canfora, e ad ordinare applicazioni fredde sull'addome e sulla vulva.

L'emorragia che sul principio era stata imponentissima diminuì a poco a poco di intensità, senza però cessare mai del tutto di modo che la donna continuò, quantunque in quantità molto minore, a perder sangue durante tutta la notte.

Tornato il medico, la mattina seguente, e constatato che le condizioni generali della donna erano enormemente peggiorate, mentre l'emorragia non era ancora cessata, provvide a praticare uno stipato tamponamento vaginale e ad inviare la donna al nostro ospedale.

Data la distanza notevole essa giunse soltanto a mezzogiorno.

Alla sua entrata in Ospedale la P. che presenta costituzione scheletrica regolare, masse muscolari ipotrofiche, pannicolo adiposo mediocremente sviluppato versa in condizioni generali gravissime, addirittura disperate.

Difatti il pallore è impressionante, il volto sofferente, lo sguardo smarrito; coscienza nebulosa, sensibilità cutanea attutita su tutto l'ambito; il polso filiforme è celerissimo (130), il respiro altamente dispnoico. Accusa una sete intensa ed il bisogno di mingere, *giacchè non ha più urinato*.

I militi della pubblica assistenza ci dicono che la donna ha avuto vomito continuo durante tutto il percorso.

L'esame obiettivo ci permette di escludere subito il sospetto di emorragia interna: l'addome è trattabile dovunque e la palpazione, la più profonda non risveglia alcun punto doloroso. La percussione poi, permette di escludere la presenza di liquido libero in cavità.

Così pure non si riscontra nessuna lesione a carico delle ossa del bacino.

Posta la donna in posizione ginecologica e tolto il tampone vaginale, mentre non si nota presenza di sangue in vagina, nè gemizio dalla bocca uterina, si osserva dal meato uretrale e da un ampia ferita interessante profondamente il prepuzio del clittoride e dirigentesi in fuori e a destra sul piccolo labbro, la fouriuscita di una notevole quantità di sangue che va via via aumentando.

Si tenta immediatamente il cateterismo che a tutta prima non riesce: la punta della siringa Mercier che noi usiamo s'inceppa subito dopo penetrata nel meato e tende a portarsi a destra; si ripete il tentativo e questa volta si riesce a penetrare in vescica. L'urina che si deriva, circa un litro, è perfettamente limpida.

Penetrando col dito nella ferita si avverte un'ampia cavità di cui non si riesce a raggiungere il fondo, e che circonda in basso la parete vaginale per un buon tratto; lateralmente ed in alto si raggiungono e la branca ischio-pubica e la faccia interna della sinfisi che si mostrano completamente scoperte. Si constata così che la lesione interessa profondamente i piani perineali, la radice destra del clittoride ed il bulbo destro della vulva. Il dito esploratore poi, riesce ad avvertire che la siringa posta in vescica è completamente scoperta, subito dopo aver superato il meato intatto, per un tratto di circa 15 mm.

Date le condizioni di gravissima anemia della donna, e preoccupandoci più dello stato generale che di quello locale ci limitiamo ad ottenere l'emostasi nel modo più elementare, rimandando la ricostruzione chirurgica dei tessuti a momento più opportuno. Lasciata la siringa a dimora pratichiamo uno stipato tamponamento della ferita e della vagina che riescono perfettamente allo scopo frenando completamente l'emorragia.

Un esame radiografico di controllo non mostra la minima lesione a carico delle ossa del bacino.

Disperando però che la donna possa riprendere colle sue sole risorse naturali, dato che anche un'ipodermoclisi ed alcune iniezioni eccitanti subito eseguite non hanno per nulla migliorato le condizioni del polso, si propone alla famiglia la trasfusione del sangue.

Il figlio dell'inferma, robusto ragazzo ventenne, offre il proprio sangue. Eseguito immediatamente l'esame dei gruppi sanguigni e constatato che i sangui sono omologhi si procede senz'altro alla semplice pratica immettendo nelle vene della madre circa 500 cc. del sangue del figlio. Gli effetti benefici dell'operazione si appalesano immediatamente. Il polso riprende, si riempie, diventa ritmico, la dispnea diminuisce e, a poco a poco la coscienza e la sensibilità ritornano.

Da questo momento il quadro che in un primo tempo era stato davvero impressionante si rovescia, e le condizioni della P. volgono verso un netto miglioramento, che ci può far considerare la donna, alla mattina seguente, ormai fuori di pericolo.

Persistendo le ottime condizioni dello stato generale la mattina del 24-III-1931 in leggera narcosi eterea si procede alla ricostruzione chirurgica dei tessuti. Sbrigliata il più ampiamente possibile la ferita verso l'esterno si allacciano i gruppi venosi sanguinanti e si richiude la breccia mediante una accurata sutura a piani in *catgut*: tale atto operatorio molto delicato, riesce alquanto indaginoso per la profondità della breccia e l'esiguità dello spazio. L'uretra mostra alla vista una lacerazione della sua parete destra di circa un centimetro e mezzo che si richiude con alcuni punti di *catgut* del N. 00. Siringa a dimora.

Il decorso è buono e la P. che è ancora ricoverata in Ospedale potrà ritornare fra pochi giorni alla propria abitazione completamente guarita.

Pochissime considerazioni farò seguire alla descrizione del caso già abbastanza dimostrativo di per se stesso.

Che una lesione limitata all'uretra ed ai corpi erettili della vulva senza accompagnarsi ad altre lesioni, ed in particolare alla frattura delle ossa del bacino debba essere rarissima, appare evidente quando si pensi un momento alla situazione topografica di tali organi, pochissimo esposti ai traumi e protetti tutto attorno da una valida cerchia ossea: a diminuire la loro vulnerabilità vale poi molto l'estrema elasticità di tali tessuti.

Tale elasticità poi è tanto più notevole nelle donne che hanno partorito molte volte, come nel caso della nostra paziente, che ha avuto ben 13 parti.

Io credo che con nessun altro meccanismo, che differisca da quello verificatosi nel mio caso, sia possibile una lesione simile. Difatti la donna, seguendo la sella che scivolava dal treno posteriore della cavalcatura che saliva, deve esser stata, per la gravità stessa, al momento di toccar terra, sbalzata violentemente all'indietro. Questo ha permesso che il perineo della donna incontrasse il pomo posteriore della sella, costruito in legno, che, infossandosi violentemente nel perineo stesso, ha schiacciato l'uretra ed i corpi cavernosi contro il pube e branche ischio-pubiche provocando così la lesione per schiacciamento.

Quanto alla terapia d'urgenza applicata dal medico condotto credo che il tamponamento vaginale molto stipato, — e fatto più pensando alla metrorragia che ad altro, — sia bastato da sè solo a farci giungere la donna ancora in vita. Difatti data la grande distensibilità del piano perineale e la natura esclusivamente venosa dell'emorragia è facile comprendere come il semplice tamponamento vaginale molto stipato possa bastare, comprimendo fortemente i tessuti feriti contro le ossa del bacino a dominare e vincere la perdita di sangue.

I medici condotti possiedono perciò in casi simili un'arma efficace e di banale applicazione che permetterà loro di salvare facilmente una vita.

Credo opportuno però, come per ogni altro capitolo di traumatologia, che qualora sia possibile si debba procedere subito alla cura chirurgica allacciando i vasi e procedendo all'immediata ricostruzione dei piani: nel nostro caso tale pratica fu, come già ho detto, rimandata solo in vista del gravissimo stato dell'ammalata.

Alla trasfusione poi noi dobbiamo la vita della P.: un'altra benemerenza da ascriversi a questa provvidenziale pratica.

Da qualche tempo in Italia con uno slancio davvero ammirevole, si vanno costituendo in quasi tutte le città, nuclei di donatori di sangue. Oggi la tecnica moderna ha messo a disposizione tali mezzi che la trasfusione non è più patrimonio di pochi, ma può essere diffusa dovunque: ogni medico intelligente può eseguirla con tutta tranquillità e sicurezza.

Io penso perciò che si debba intensificare la propaganda fra le folle in modo che anche nei centri ospedalieri rurali si vengano a formare gruppi di donatori di sangue come nelle grandi città.

E qui saranno tanto più utili in quanto, date le difficoltà dei trasporti e la scarsezza delle comunicazioni, i feriti arrivano agli Ospedali presentando più spesso che altrove, quadri impressionanti di anemia acuta.

RIASSUNTO.

L'A., descrive il caso di una donna che cadendo dalla cavalcatura trascinata dalla sella e rimanendo a cavalcioni della medesima, riportò una grave lesione dell'uretra e degli organi erettili della vulva, cui conseguì una emorragia che mise in pericolo la vita della P. Richiama l'attenzione sulla rarità del caso e sul meccanismo atto a produrre la lesione. Conclude affermando che la trasfusione del sangue, cui si dovette la salvezza della donna, deve esser divulgata anche e sopratutto nei centri ospedalieri rurali.

NOTE DI TECNICA

Di un procedimento semplice per stasare i cateteri introdotti negli ureteri senza modificare la concentrazione dell'urina.

Prof. D. TADDEI.

Direttore della Clinica Chirurgica della R. Università di Pisa.

Capita spesso a chi fa cateterismi dell'uretere di non avere da una o da entrambe le sonde emissione di urina.

L'inconveniente è molto grave, perchè crea dubbi sulla presenza e sulla funzione del rene del lato apparentemente anurico, rende spesso impossibile un diagnostico esatto e determina la necessità di ripetere l'operazione, non sempre facile ed indolora, e non sempre accettata.

Pure essendo certi che le sonde usate erano regolarmente pervie, può avvenire che l'anuria apparente sia dovuta non a mancanza o a sospensione di eliminazione del rene corrispondente, ma ad intasamento dei piccoli occhi o del lume del catetere per parte di piccoli coaguli, di piccoli grumi purulenti, di lembetti epiteliali, ecc.

Per risolvere questo quesito importantissimo non ci sono che questi mezzi: o togliere e ricambiare il catetere, o aspirare con una siringa di Pravaz, il cui ago sia introdotto nell'estremo esterno del catetere stesso, o iniettare in questo del liquido.

Tutti questi mezzi presentano gravi inconvenienti:

Il cambio della sonda prolunga l'operazione, che può essere stata già penosa o indaginosa; aumenta il piccolo traumatismo dell'uretere; se la vescica era già stata vuotata del liquido di riempimento, bisogna ricominciare, si può dire, da capo la operazione.

L'aspirazione è di solito insufficiente, dato il piccolo calibro della sonda ureterale e della siringa aspirante. Se il catetere non è intasato, l'aspirazione può determinare emorragie della mucosa ureterale contrapposta agli occhi del catetere.

L'iniezione di liquido (acqua, soluzione fisiologica, liquidi antisettici), che è il mezzo più efficace per stasare il catetere, ha il gravissimo inconveniente, specie se la quantità di urina, che poi si riesce a raccogliere, è poca, di alterare la concentrazione dell'urina raccolta e quindi di togliere o di modificare profondamente questo dato di altissima importanza diagnostica.

Per ovviare a questo inconveniente, pratico una tecnica, che mi sembra utile che sia conosciuta e seguita:

Si raccoglie in un recipiente sterile (previamente preparato insieme all'altro materiale necessario per la cistoscopia), tutta o parte dell'urina che fuoriesce, quando si è introdotto in vescica il tubo citoscopico.

Se uno dei cateteri introdotti poi negli ureteri non dà urina, e si tratta sicuramente di forma patologica asettica, una certa quantità dell'urina sterilmente raccolta in primo tempo viene iniettata attraverso il catetere mediante una siringa di Pravaz della capacità di 2-3 cmc.

Se, come per lo più succede, si riesce così a stasare il catetere, l'urina che si raccoglie successivamente, non presenterà importanti modificazioni della concentrazione (urea, cloruri) e quindi non sarà alterato uno dei dati funzionali più fondamentali.

La manovra da me usata e che propongo, non implica alcuna perdita di tempo per il chirurgo; non necessita impiego di strumentarî speciali (Recipienti sterili ed una siringa di vetro sono di uso necessario e comune in ogni cistoscopia); non presenta pericoli per il paziente.

Se esiste infezione renale unilaterale o bilaterale, e l'urina che si raccoglie da un lato è torbida (ciò che indica che il rene di questo lato è malato, mentre del rene opposto, dal quale non si ottiene urina, non si conosce lo stato), si può rapidamente in una provetta sterile far bollire pochi cmc. dell'urina totale previamente raccolta, rapidamente raffreddarla sotto un getto di acqua e quindi servirsene così per l'iniezione (urina sterilizzata).

Se il rene, il cui uretere fu sondato e la sonda non dà urina, è sicuramente malato, può l'urina sterilmente raccolta, essere iniettata senza bisogno di sterilizzarla; tutt'al più, se è molto torbida, potrà essere centrifugata: per l'iniezione ci si servirà dello strato liquido soprastante reso limpido o quasi limpido.

Conoscendo la concentrazione dell'urina totale e la quantità che si inietta e conoscendo la concentrazione delle urine separate, è facile, se i dati dei varî campioni (totale, destra, sinistra) sono molto diversi fra loro, di ottenere, se non in modo preciso, in modo praticamente sufficiente, la concentrazione anche dal lato in cui fu praticata l'iniezione.

SUNTI E RASSEGNE.

L'inizio della insufficienza cronica del rene.

(SIEBECK, HEIDELBERG. *Deut. Med. Woch.*, 42, 1931).

Le malattie croniche del rene possono essere dovute a processi tubercolari o neoplastici o a nefriti decorse acutamente e non completamente guarite: è a questo secondo gruppo che si pensa sopratutto in clinica, quando si parla di nefropatia cronica.

Il quadro della nefrite acuta è noto: edemi, urina ematica, pressione alta. Quest'ultimo sintoma indica che il sistema vasale è colpito nella nefrite, e non già soltanto quello renale, ma quello di tutto il corpo: è un vero disturbo di regolazione dei vasi.

L'ipertensione non deve essere più considerata — come un tempo — come la conseguenza della lesione renale; ma piuttosto come un fatto primario da cui il danno renale dipende, almeno in parte; perchè poi nasca l'ipertensione noi non lo possiamo dire con certezza. Certamente hanno grande importanza certi momenti costituzionali, la capacità di reazione dell'organismo, affatto particolare e spesso ereditaria; l'elemento vasale domina assolutamente nel quadro della nefrite acuta.

Attraverso l'aumento delle resistenze periferiche, vasali, si può determinare una debolezza del miocardio; le lesioni retiniche, le amaurosi sono dovute a spasmi vasali: gli edemi alla disturbata permeabilità dell'endotelio dei vasi; insomma, di fronte al fattore vasale, i reni passano in seconda linea.

Ed è appunto il sistema vasale che rappresenta un elemento decisivo per l'insorgenza e lo sviluppo delle nefriti croniche; in particolar modo l'irrorazione dei glomeruli. L'A. aderisce completamente alle vedute di Volhard.

Nefritici acuti in cui, dopo la malattia, la pressione resta alta o mostra spiccata tendenza ad elevarsi sotto uno sforzo, una abbondante ingestione di liquidi, ecc., sono più seriamente minacciati di quelli in cui, cessata la forma acuta, la pressione è tornata normale. È probabile che il lungo perdurare dell'ipertensione determini in essi delle alterazioni organiche: certo anche sotto questo punto di vista, l'età, la disposizione costituzionale, una minorata resistenza congenita del sistema vasale hanno una notevole importanza.

L'alterazione dei reni è senz'altro in secondo piano; non sono apprezzabili nè dimostrabili modificazioni della loro funzione.

Sorge così un quadro morboso in tutto simile a quello della cosidetta ipertonia essenziale: c'è cefalea, ci sono vertigini, la capacità di prestazione fisica è diminuita, l'affanno insorge facilmente.

Si tratta sempre di disturbi circolatori che colpiscono distretti diversi.

Ma questa non è che una forma clinica della nefrite cronica iniziale; talora il rene non guarisce completamente, e restano i segni della sua lesione, le modificazioni delle urine, l'azotemia, gli edemi.

Altre volte, infine, la pressione torna alla norma, ma sangue e albumina non scompaiono dalle urine: tuttavia la funzionalità renale è discretamente conservata; in complesso è questa la conseguenza meno dannosa di una nefrite acuta.

Talora, quando una nefrite acuta si trascina per le lunghe, si tratta di un focolaio infettivo — tonsille! denti! — che intrattiene codeste condizioni patologiche.

E infine va notato che molte forme acute di nefrite passano inosservate, cosicchè la nefrite cronica sembra impiantarsi senz'altro cronicamente: in realtà questo evento è assai raro.

Probabilmente anche la cosidetta nefrosi genuina, con albuminuria interna e modici edemi, senza interessamento del circolo, derivano da una nefrite acuta passata inosservata.

Riprendendo il concetto della somiglianza sintomatologica delle forme iniziali di nefrite cronica con la ipertensione essenziale, il Siebeck ammette che, almeno per una certa parte, le forme di codesta ipertensione solitaria derivino da qualche lesione renale acuta, di cui si è perduta ogni traccia, e di cui forse è responsabile qualche nascosto focolaio infettivo.

Per la diagnosi non si deve andare solamente in cerca dell'albumina nelle urine: essa può mancare.

Altra volta però se ne trova, e nel sedimento ci sono leucociti, ed emazie, e qualche cilindro, ma questo importa sino a un certo punto, finchè « la capacità di adattamento » della funzione renale è conservata. Tutte le volte che esista un dubbio diagnostico in una calcolosi del rene, una tubercolosi, ecc., non si esiti a praticare cistoscopia, pielografia, ecc., purchè naturalmente non esistano controindicazioni (ad es. uno stato infiammatorio acuto delle vie urinarie).

L'anamnesi deve essere raccolta con diligenza: essa può parlarci di una nefrite sofferta in passato, o almeno rivelarci che esistettero malattie (scarlattina ad es.) o focolai infettivi (angina) capaci di determinarla; ma talora l'anamnesi è completamente muta.

L'esame del sistema circolatorio ha importanza diagnostica di primissimo ordine; la misura della pressione arteriosa deve essere praticata con cura in ogni caso: il suo comportamento condiziona la prognosi.

In genere la prognosi è tanto più favorevole, quanto più alta — anche rispetto al-

l'età è la pressione, e quanto più resiste alle comuni cure e da quanto più tempo dura. Anche la funzione del miocardio deve essere accuratamente vagliata: si ricerchi la dispnea, il volume del cuore, i segni della stasi; non solo l'ipertensione, ma anche agenti infettivi e tossici possono determinare una insufficienza del miocardio.

Grande importanza anche va data ai sintomi cerebrali, sopratutto la cefalea e le vertigini.

L'alterata irrorazione del pancreas può far comparire in questi malati delle forme di diabete che hanno generalmente scarsa gravità.

Per quanto riguarda la genesi di queste forme, s'è già detto della importanza della nefrite acuta precorsa e dei focolai infettivi; ad ogni modo — nei casi dubbi — si ricerchi sempre la base e si tengano presenti gli altri possibili agenti tossici, sopratutto il tabacco e il piombo.

La prognosi si fonda sul confronto dei risultati ottenuti a grandi intervalli, sull'anamnesi accurata e sul paragone dello stato attuale della malattia con la sua durata.

Come curare questi malati?

La vera cura si deve fare al momento della malattia acuta; ed allora ci si ricordi che, malgrado tutto, la teoria della dieta di risparmio del rene, resta il concetto fondamentale, e che non si devono dare grandi quantità di liquido (e neppure latte!), ma — anzi — ridurle al massimo.

Non si può stabilire una linea generale di condotta: ad ogni modo, quando il periodo acuto sarà passato e il malato si avvierà lentamente a riprendere la sua normale attività, è necessario che la pressione sanguigna — più ancora che l'urina — sia attentamente e regolarmente sorvegliata!

Naturalmente si faranno allontanare tutti i focolai infettivi eventualmente accertati, e le abitudini nocive (tabacco) o le arti dannose (piombo!) saranno troncate.

In prosieguo di tempo, la nostra cura deve concentrarsi sul sistema vasale: abbassare la pressione arteriosa non è cosa facile! e ci si contenterà di mantenere tranquilli i malati, il cui sistema vasale è particolarmente eccitabile e facile alle crisi ipertensive.

Si prescriverà quindi riposo fisico (se necessario anche a letto); vita regolata, modica introduzione di liquidi ed assoluta astensione dagli eccitanti (the, caffè, alcool).

È consigliabile, infine, un giorno alla settimana e, se si può, una settimana ogni 3-4 mesi, fare un periodo di « cura stretta » e « un giorno di frutta e di riposo ».

Durante l'anno, è necessario un periodo di riposo fuori della città, e possibilmente in collina, in luoghi riparati.

Si sorveglierà il cuore: in caso di individui pletorici, il salasso (2-300 cc.) ogni 2-3 mesi può giovare.

Le medicine saranno usate con prudenza, e sopratutto per combattere gli stati acuti del male; la sera si darà sonnifero, luminal.

In complesso, tutta la vita del paziente deve adattarsi a questo concetto del riposo e del risparmio, tutta la sua attività deve rientrare in questi limiti salutari. V. SERRA.

I disturbi visivi brightici.

(H. LAGRANGE. *Paris médical*, 5 sett. 1931)

L'A. così li divide:

1) *Infiltrazione fibrinosa della retina.* — È la lesione retinica più caratteristica dell'insufficienza renale azotemica ed è ancora chiamata erroneamente da qualcuno retinite albuminurica. Si tratta spesso di un malato che non ha che una leggera debolezza visiva; spesso è il medico curante che vuole completare l'esame del paziente con la ricerca oftalmoscopica; talvolta il malato richiede il consiglio dell'oculista per una profonda alterazione della vista e si presenta nello stato di anemia e di pallore caratteristici dei brightici.

All'esame oftalmoscopico, si trova:

a) Intorbidamento grigio dei margini della papilla.

b) Essudati biancastri riuniti nelle zone di predilezione, la peripapillare e la maculare. Si tratta di fini arborescenze o di grossi fiocchi, talvolta simili ad impronte digitali.

c) Piccole emorragie, a fiaccola proiettate parallelamente all'asse dei vasi retinici; macchie rosso-chiare o piccoli tratti di rosso grigiastro velati dall'edema.

Il carattere anatomo-patologico dominante è l'assenza di elementi citologici e di reazioni infiammatorie. L'essudato fibrinoso costituisce l'elemento primordiale a cui segue la degenerazione lipoidica.

Widal e Weill hanno trovato questa lesione nel 52 % delle azotemie e sempre nelle forme gravi. Essa non è determinata nè dalla ritenzione idroclorurata nè dall'ipertensione arteriosa, ma è da ritenersi come il segno non necessario nè costante, ma sempre rivelatore dell'azotemia.

2) *L'amaurosi da edema cerebrale.* — Mentre l'infiltrazione retinica azotemica si manifesta lentamente, la sindrome di ritenzione idro-clorurata può provocare subitaneamente la cecità senza che l'esame oftalmoscopico riveli nessuna lesione; il disturbo visivo può poi scomparire improvvisamente senza lasciar traccia.

L'amaurosi si manifesta generalmente durante un forte attacco di edema, quando il malato ha forte cefalea, viso gonfio, obnubilazione intellettuale. L'amaurosi brutale fa parte del gruppo degli accidenti nervosi derivanti dalla cloruremia cerebrale (crisi epilettiformi, afasia transitoria) ed ha la stessa origine. Generalmente, il senso visivo è del tutto abolito, mentre qualche volta permane il senso lu-

minoso. All'esame, si trova che il riflesso pupillare alla luce è conservato e che il reperto oftalmoscopico è negativo. Di fatto, la lesione non è periferica, ma centrale, in corrispondenza dei lobi occipitali o delle radiazioni ottiche.

3) *I disturbi visivi da ipertensione arteriosa.* — Vi sono delle ambliopie, dei disturbi oculo-motori (che facevano parte delle antiche « paralisi uremiche ») che sembrano essere in rapporto con degli spasmi vascolari e che finiscono con la *restitutio ad integrum*, delle eclissi cerebrali, secondo l'espressione di Donzelot. In questi casi, l'esame oftalmoscopico è negativo, poichè i reperti indicati da qualche autore vanno soggetti a critica; del resto, in tali casi, si tratta non già di fatti locali, ma di lesioni centrali, corticali o nucleari; non sono, poi, inverosimili, gli spasmi retinici. In qualche caso, si tratta invece di una vera apoplessia retinica, riconoscibile all'esame oftalmoscopico. La prognosi di tale forma è diversa secondo i casi; è meno grave in un vecchio ateromatoso, in cui la lacuna retinica consecutiva non differisce dalle altre lacune nel sistema nervoso centrale; è invece grave nell'ipertensione arteriosa dei brightici; in questi, si associano spesso la zona apoplettica a ventaglio e l'infiltrazione essudativa.

fil.

La nefrosi nell'infanzia.

(S. AMBERG. *Journ. Am. Med. Ass.*, 10 ottobre 1931).

Il termine di nefrosi è stato introdotto da Müller per designare alterazioni istologiche dei reni, manifestantesi con un processo degenerativo primario dell'epitelio tubulare, in contrasto con la nefrite in cui si hanno principalmente alterazioni infiammatorie dei glomeruli del tessuto interstiziale. Il concetto non fu accettato da tutti gli studiosi e molti pediatri preferiscono ancora il termine di nefrite tubulare.

Casi tipici di nefrosi sono rari negli adulti, frequenti invece nei bambini. Non tutti ammettono che le lesioni tubulari siano primitive: Löhlein crede che si tratti di lesioni secondarie ad un'alterazione lieve dei glomeruli. Altri autori, considerando che alcune delle manifestazioni cliniche della malattia sono di origine estrarenale hanno concluso che le alterazioni renali sono manifestazioni di un processo morboso generale dovuto ad alterazione del metabolismo dei lipoidi oppure ad un disturbo generale del ricambio in relazione con una funzione anormale della tiroide.

La caratteristica clinica più importante delle nefrosi è l'edema che può raggiungere proporzioni estreme: non solo i muscoli e la pelle partecipano a questo edema, ma anche vari visceri e cavità sierose. Sull'origine di quest'edema, molte sono le teorie: la vecchia teoria dell'osmosi per variazione del contenuto in cloruro di sodio dei tessuti è stata trovata in alcuni casi non rispondente a verità. Esperimenti hanno dimostrato la possibilità di osmosi anomale, non rispondenti cioè alle comuni leggi dell'osmosi. Alcuni di questi risultati sono stati spiegati da alcuni AA. con l'intervento di forze elettriche: Keller crede che l'acqua venga attirata in regioni o punti di relativamente maggiore elettro-negatività, La verità è che una teoria soddisfacente che spieghi il meccanismo dell'edema non esiste ancora ed il problema che prima appariva risolto, è più oscuro che mai oggi che si sa la complessità delle forze che regolano lo scambio dell'acqua nei tessuti.

La diagnosi dell'edema è facile a farsi: ma allora l'edema è già anvanzato. Un sospetto dell'inizio di esso si può avere quando si notino aumenti di peso improvvisi.

L'urina nelle nefrosi è diminuita di quantità, è di alto peso specifico, e spesso contiene grandi quantità di albumina. La maggior parte delle proteine urinarie sono costituite da siero albumine, ma le globuline possono essere preponderanti. L'urina è povera in cloruri. Sono presenti cilindri di vario tipo, e non raramente un numero abbastanza grande di leucociti, per quanto l'urina sia sterile.

Interessante nelle nefrosi è l'esame del sangue: le proteine del sangue sono diminuite e ciò è stato messo in relazione con l'edema. Secondo Epstein il rene diviene permeabile alle proteine del sangue e le scarica dal sangue stesso. Le globuline e il fibrinogeno possono essere aumentati. Importante è il comportamento dei lipoidi del sangue (colesterina, lecitina, ecc.) che sono costantemente aumentati persino cinque volte il normale.

Non è rara una moderata anemia: nell'apparato circolatorio è da notare una certa tendenza ad una pressione sanguigna bassa: si può avere insufficienza cardiaca da disturbata meccanica per versamenti nel torace e addome.

Generalmente il sensorio dei bambini è libero: possono aversi, sebbene raramente, i fenomeni cosidetti da pseudo-uremia, dovuti ad edema cerebrale come vomiti, cefalee, convulsioni, ecc. La malattia può durare da qualche mese a qualche anno. La mortalità è piuttosto alta così come è riportata dagli AA.

Riguardo all'eziologia, spesso l'inizio è insidioso ed anche con una anamnesi accurata non si riesce a stabilire l'infezione iniziale. Infatti molti AA. danno molta importanza alle infezioni, specialmente a quelle delle vie aeree superiori. Questa questione dell'importanza delle infezioni, nell'eziologia delle nefrosi deve essere ancora studiata. Il più grande pericolo per i nefrotici è costituito dalle infezioni intercorrenti, specialmente dall'eresipela e dalla peritonite: nè vi è da esitare dinanzi

ad un intervento chirurgico che può salvare la vita all'infermo.

La cura richiede la diminuzione del fluido sparso nei tessuti: si sa che il cloruro di sodio fa accrescere gli edemi quindi lo si tolga dalla dieta. Molti hanno ottenuto buoni risultati con una dieta con contenuto alto in proteine (2-3 gr. al kg. per giorno). Restrizione della presa di liquidi è da consigliare. La somministrazione di urea o di nitrato d'ammonio è anche riuscita utile: così anche del solfato di magnesio. In casi in cui l'edema persiste intenso è indicato il drenaggio dei tessuti con tubi di gomma, dopo incisa la cute.

È consigliabile che i bambini stiano a letto e si sottopongano ad una dieta basale nefritica povera in sale e proteine, finchè i sintomi non accennino a regredire. G. LA CAVA.

Il trattamento alcalino delle nefriti croniche.

(D. LYON, D. DUNLOP. *The Lancet*, 7 novembre 1931).

I lavori di Osman hanno attratto l'attenzione degli studiosi sull'importanza dell'equilibrio acido-basico nella funzione renale e sulla possibilità di influenzare favorevolmente, con l'uso di larghe dosi di alcali, il decorso clinico di alcuni tipi di nefrite: niente di nuovo del resto in tutto ciò, chè Bright stesso aveva raccomandato l'amministrazione di alcali in casi di nefrite.

Nelle diete ordinarie i processi metabolici lasciano giornalmente un eccesso di acidi equivalente a circa 500 cc. di soluz. N/10: questi acidi sono eliminati normalmente dai reni: se il rene non è capace di compiere questo lavoro si ha una ritenzione di acidi, i quali vengono neutralizzati dalle basi organiche; e ciò è dimostrato dalla diminuzione della riserva alcalina del sangue nei casi di nefrite grave mantenuta a dieta normale. Ne deriva che una dieta che eviti la formazione di questo eccesso di acidi alleggerisce di molto il lavoro del rene malato. E si è visto infatti che delle diete ad alto contenuto basico hanno di molto migliorato le condizioni dei nefritici cronici producendo in essi un aumento della riserva alcalina e contemporaneamente una diminuzione dell'acidità dell'urina e della quantità di azoto non proteico del sangue. E quest'ultimo risultato non è dovuto alla diminuita quantità di proteine ingerite, chè queste furono date nella misura normale, bensì al diverso tipo (basico e non acido) delle proteine stesse.

Ma sorge la domanda: i risultati sono dovuti effettivamente alla alcalinità delle proteine usate (latte, vegetali, frutta) oppure alla diversa natura degli aminoacidi a cui danno origine i diversi tipi di proteine? La questione non è oziosa chè dalla soluzione di essa dipende l'indirizzo terapeutico: se cioè sia necessario nei nefritici uno stretto regime dietetico, oppure se soltanto l'acidità o l'alcalinità della dieta abbia importanza: in tal caso le restrizioni sarebbero molto minori, potendosi neutralizzare l'eccesso di acidi per mezzo di alte dosi di alcalini.

Sono queste le questioni verso cui si sono rivolte le ricerche degli AA. i quali hanno studiato in 17 pazienti affetti da nefrite cronica i vari effetti ottenuti mediante una dieta alcalina confrontandoli con quelli ottenuti negli stessi pazienti mediante una dieta acida.

I risultati ottenuti confermano i concetti sovraesposti: col trattamento alcalino si ebbe infatti notevole miglioramento clinico con aumento della riserva alcalina del sangue e diminuzione dell'azoto non proteico nel sangue e dell'albumina nell'urina. Questo effetto si ottenne anche somministrando una dieta acida e contemporaneamente una dose adeguata di alcali. Ciò ampiamente dimostra come i benefici effetti ottenuti siano dovuti non al genere di proteine bensì alla basicità totale della dieta.

Nè, come si potrebbe pensare, il beneficio è dovuto alla possibilità che nella dieta alcalina sia minore la quantità di proteine assorbita, chè le analisi delle urine e delle feci dimostrarono che la quantità di azoto eliminata è la medesima sia con la dieta acida che con la alcalina. Onde si può teoricamente concludere che la scelta del tipo di proteine da usare nella dieta dei nefritici sia di poca importanza, purchè la sua acidità sia neutralizzata da adeguate dosi di alcali: ma in pratica, essendo l'acidità delle proteine della carne e dei cereali molto alta e difficile a neutralizzare con dosi di alcali che sarebbero troppo forti è preferibile somministrare principalmente una dieta di latte e vegetali con poca carne, pesce e uova insieme ad una adeguata quantità di sali alcalini.

G. LA CAVA.

L'infezione tubercolare nell'adenoma prostatico.

(F. S. PATCH e G. S. FOULDS. *The British Journal of Urology*, sept. 1931, vol. III).

La tubercolosi della prostata accompagna spesso la tbc. genito-urinaria. Hunt su 228 casi di tbc. renale osservati nella Clinica di Mayo, riscontrò 17 volte l'infezione della prostata. Krzywicki la riscontrò nel 93 %. Hallé e Motz nell'82 %.

Ma è anche frequente la tbc. della prostata indipendentemente da altri focolai tubercolari nel tratto genito-urinario. In molti casi riferiti nella letteratura il processo tbc. aveva favorito lo sviluppo di un adenoma della prostata.

Gli AA. avendo fatto sistematicamente l'esame istologico di 491 prostate asportate nel-

l'Ospedale dal 1926 al 1930, hanno potuto osservare in due casi la presenza di una tubercolosi attiva insieme all'adenoma. Gli AA. ricordano che finora i casi simili riportati dalla letteratura ammontano a 14. Il primo caso appartiene ad Hannemann, il secondo a Crandon, il terzo a Wulff, il quarto è di Koll e poi quello di Duvergery, di Barney, due casi di Scott, un caso di Legueu e Verliac, uno di Marion, uno di Both, uno di Weiser, quello di Blum e l'ultimo di Bolkel. A questi si aggiungono i due casi degli AA.

Il caso di Foulds: uomo di 56 a., entrò nell'ospedale di S. Michele (Toronto) accusando difficoltà nell'urinare, nicturia che durava da un anno. Tre mesi prima dell'entrata nell'ospedale presenza di sangue nell'urina. Lo stato gen. dell'ammalato era scadente, però non vi era nessun segno di tbc. generale. Vi erano tutti i segni di un adenoma prostatico. Venne praticata la prostatectomia. Gli esami istologici dimostrarono un'iperplasia diffusa degli elementi glandolari, molte aree di vecchie caseificazioni e molte cellule giganti.

Diagnosi: adenoma della prostata e tubercolosi. L'ammalato guarì in pochi giorni.

Il caso di Patch: uomo di 60 a.; entra all'ospedale di Montreal il 22 marzo 1929. Da circa 1 anno dolore alla reg. soprapubica prima di orinare, difficoltà, nicturia. Vi erano tutti i segni dell'adenoma prostatico. Subito dopo la cistotomia soprabubica si ha aumento di temperatura che viene attribuita alla prostatite. Viene ritardato il secondo intervento di circa 1 mese. La tumef. prostatica comprende molte piccole masse, grandi come piselli. L'esame istologico dimostrò: frammenti di tessuto prostatico di forma e grandezza varia composti di noduli incapsulati, aventi la caratteristica di tessuto adenomatoso. Si vedono piccoli focolai distribuiti regolarmente d'infiammazione cronica. In un punto si nota tessuto di granulazione tubercolare caratterizzato da molte cellule giganti.

Diagnosi: adenoma della prostata, prostatite tubercolare.

Dopo l'intervento si ebbe rialzo della temperatura a ripetizione. Vi fu un ritardo nella guarigione dei sintomi, tanto che dopo 69 giorni dalla prostatectomia vi era ancora nicturia. La cutireazione era positiva. L'esame radioscopico del torace negativo per tbc. L'ammalato morì di carcinoma pilorico con metastasi al fegato.

La tbc. prostatica è rara oltre i 60 anni. Si è ammesso che in alcuni casi la lesione prostatica era dovuta alla persistenza di vecchie lesioni tubercolari oppure ad un focolaio latente. Marion osserva che nell'adenoma prostatico, essendo un tessuto vascolare, è poco probabile che si sviluppi la tbc.

Randall su 337 malati di tbc. trovò 45 volte lesioni prostatiche. Non è sempre facile la diagnosi differenziale tra carcinoma e tubercolosi della prostata. Joung in 2 casi che aveva diagnosticato tumore della prostata trovò una tubercolosi. Legueu ammise che la presenza della tbc. stimola lo sviluppo precoce dell'adenoma.

Dei casi di tubercolosi prostatica solo in quello di Duvergey fu fatta la diagnosi in vita.

SCANDURRA.

La così detta prostata femminile e le formazioni di concrezioni nell'uretra femminile.

(N. S. REUNER. *Surg. Gyn. and Obst.*, giugno 1931).

L'A. dice che l'uretra femminile ha molti punti di rassomiglianza con l'uretra maschile specialmente per quanto riguarda le ghiandole accessorie, l'apparecchio genitale e le ghiandole bulbo-uretrali di Cowper. La cisti uniloculare e i dotti di Skene si possono considerare come ghiandole para-uretrali.

Le formazioni acinose sono di origine prostatica specialmente perchè sono circondati da piani di muscolatura liscia. In corrispondenza del collicolo seminale si può trovare una cisti sottomucosa nell'uretra femminile circondata da ghiandole prostatiche cosicchè l'otricolo prostatico si può riconoscerlo in forma rudimentale.

Le concrezioni che eventualmente si possono trovare nelle ghiandole prostatiche corrispondono morfologicamente, assolutamente alle conduzioni della prostata maschile.

I reperti anatomici e fisiologici descritti sono di una certa importanza nella pratica urologica in quanto possono essere causa di complicazioni gravi come ulceri, flemmoni e stenosi.

GHIRON.

Una discussione sulla diagnosi e cura delle infezioni delle vie urinarie alte.

(A. M. CRAUCE. *The Indian Medic. Gazette*, dicembre 1931).

La diagnosi delle infezioni delle vie urinarie alte è importante per la cura; e in questa le opinioni variano e, specialmente, non concordano sempre gli indirizzi curativi dei medici pratici con quelli degli specializzati in urologia. L'agente etiologico dell'infezione si fa colla ricerca batteriologica nelle urine.

Infezioni da B. coli. In queste l'A. non consiglia di usare disinfettanti delle vie urinarie. Poichè l'infezione si origina dal colon attraverso i linfatici, è il colon che bisogna curare. L'autovaccino può essere utile. La cura più consigliabile è questa: clisteri saponati con soluzione debole al mercurocromo per almeno 3 settimane, dieta speciale tendente a modificare la flora intestinale (dieta protei-

Nella pielite da b. coli delle gravide è utilissimo il drenaggio dell'uretere; se questo non riesce si fa la stessa cura suindicata.

Infezioni da streptococco. Hanno origine più spesso dai denti e dalle tonsille, meno spesso da lesioni della prostata o del collo dell'utero.

Se esiste restringimento uretrale, questo si deve curare per prima cosa e si devono fare lavaggi del bacinetto. Se la malattia resiste a prima di giungere a quest'intervento si tenti tale cura ed è unilaterale, nefrectomia; ma l'estirpazione del focolaio d'origine dell'infezione e l'uso di « Serenium » *per os*.

Infezioni da stafilococchi. Lo stesso si può dire per le infezioni stafilococciche. In queste l'exilresorcinolo può essere a volte efficacissimo.

Tubercolosi: può essere subdola nella sintomatologia; in tutti i casi in cui c'è pus nelle urine non si deve trascurare la tubercolosi e bisogna mettersi nelle condizioni di poterla sicuramente escludere. Se la cultura delle urine è sterile, la ricerca del b. di Koch si deve fare molto accuratamente anche con inoculazioni nella cavia. La pielografia ascendente è pericolosa nella tbc. renale (ad essa oggi si sostituisce la pielografia per via discendente con mezzi di contrasto introdotti nelle vene. *N. d. R.*).

La tbc. renale è relativamente rara nel decorso della tbc. polmonare (da 1-2 %). L'A. ritiene che spesso sia un'infezione esogena da latte di capra.

La cura è medica quando la lesione è bilaterale. Se è unilaterale, la cura chirurgica è indicata. Ad essa si deve associare una cura medica: riposo, olio di fegato, vitto abbondante, raggi ultravioletti. R. LUSENA.

CENNI BIBLIOGRAFICI

L. AMBARD. *Physiologie normale et pathologique des reins*. 3ᵉ édition, pag. 502. Masson et C., éd. Paris. Fr. 55.

La già conosciuta opera di L. Ambard appare oggi in una terza edizione molto ben rimaneggiata e completamente aggiornata; alcuni capitoli sono anzi del tutto nuovi.

Essa è un trattato completo di fisiologia renale, sia normale che patologica nel quale alla Clinica, sia per gl'insegnamenti da essa venutine, sia per gli scopi pratici cui tutta l'opera è improntata, è riservata una parte importantissima. Ad onta delle difficoltà intrinseche all'argomento l'A. ha saputo darne un quadro completo e nello stesso tempo fornire un'opera di non difficile lettura, e ciò sia per la perfetta suddivisione dei capitoli come per l'eleganza e la facilità di uno stile efficentissimo.

L'opera è divisa in due parti, trattando la prima della fisiologia del rene, la seconda delle nefriti.

Nella prima parte sono specificati i diversi tipi di eliminazione (per effrazione, diffusione, secrezione), il concetto di secrezione massima ed havvi una completa trattazione dell'argomento delle soglie renali, delle sostanze a e senza soglia, della costante ureo-secretoria (C. di Ambard); di particolare interesse sono la esposizione dell'intimo meccanismo della secrezione renale, del concetto generale del passaggio attraverso il rene delle sostanze solide. Interamente nuovi e modernissimi, in questa parte, sono i due capitoli sulla partecipazione del rene nella regolazione della riserva alcalina e quello sulla ipertrofia compensatoria e l'iperfunzione compensatrice del rene.

Nella parte dedicata alle nefriti, l'A., seguendo la classificazione di Widal, tratta successivamente delle nefriti edematigene, della ritenzione clorurata secca, e delle nefriti azotemiche. È uno studio di fisiopatologia clinica, a base fondamentalmente clinica e che dà al lettore un netto quadro della patologia renale: interessantissimi in questa parte i due capitoli sulle cause generali dei sintomi dell'uremia e la descrizione delle sindromi d'ipocloruremia.

All'opera segue un'appendice sulla esplorazione delle funzioni renali in chirurgia.

Il libro del prof. Ambard è insomma una sintesi delle conoscenze e del movimento scientifico attuale sulla fisiologia e sulla fisiopatologia del rene: la sua lettura sarà interessante ed istruttiva tanto per il ricercatore, che vi trova una completa mise-au-point delle questioni sui problemi renali, quanto per nica per 2 settimane, di grassi per 2 settimane e di idrati di carbonio per 2 settimane), iniezioni di autovaccino e uso di « acidofilo ».

il medico pratico il quale, oltre ad arricchire la propria cultura di nuove nozioni e nuovi metodi di indagine clinica, troverà qui, sotto una forma semplice e precisa, una chiara guida allo studio ed alla comprensione delle funzioni del rene e delle sue malattie.

P. STEFFANUTTI.

BUSSON e HENRY. *Manuel d'urétroscopie (urétroscopie postérieure)*. Masson, Parigi 1931. 14 figure nel testo: 36 fuori testo a colori. Fr. 55.

Quest'opera è destinata a rendere dei grandi servizi a coloro che intendono dedicarsi allo studio dell'uretroscopia posteriore, e colma realmente una lacuna della letteratura urologica.

Viene descritto innanzi tutto il cisto-uretroscopio di Mac Carthy e sue modificazioni, ma non vengono tralasciate neanche le nozioni principali su apparecchi simili. Segue la descrizione della tecnica esplorativa corredata da tutti quegli accorgimenti che possono agevolare il compito, non sempre facile, dell'osservatore.

Dopo la descrizione dell'uretra posteriore normale, pietra di paragone, vengono descritte le uretriti, le prostatiti, le affezioni del collicolo, i polipi, l'ipertrofia della prostata, le barre del collo. La uretroscopia nella donna è stata considerata degna di un breve capitolo a parte. Chiude l'opera la terapia, nella quale la folgorazione occupa il posto principale.

La comprensione del testo viene assai agevolata dalle figure a colori, chiare se pure qualche volta leggermente schematizzate.

E. MINGAZZINI.

L. BEER. *Collected papers 1904-1929*. New York. Hoeber. 1931.

Beer ha voluto riunire i suoi lavori che durante 25 anni è andato pubblicando nei diversi giornali scientifici. Gli articoli sono stati raggruppati per soggetti la cui parte più importante è quella che riguarda le affezioni genito-urinarie. Una gran parte, anzi la parte principale e più interessante è quella che riguarda naturalmente il trattamento dei tumori vescicali con la corrente ad alta frequenza. Ma anche tutte le altre pubblicazioni sulle affezioni dei reni, ureteri, vescica, prostata, tubercolosi renale, sui calcoli, sui tumori e loro cura rappresentano una massa cospicua ed interessante di notizie, la cui ricerca era prima ostacolata dalla loro dispersione in mille periodici.

E. M.

E. PAPIN. *Diagnostic de la tuberculose renale*. G. Doin, édit. Paris.

L'opera del Papin fa parte della collezione « La Pratique Médicale Illustrée » diretta da Sergent, Mignot e Turpin. È una chiara e succosa esposizione dei mezzi clinici, isto-batteriologici, endoscopici e radiologici di cui disponiamo per la diagnosi della tubercolosi renale. Opera utile non solo per l'urologo, ma anche per il medico pratico, che particolarmente apprezzerà il capitolo dedicato allo studio delle forme anomale della tubercolosi renale.

Veste tipografica accurata, tavole ottime.

C. TOSCANO.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

X Congresso della Società Italiana di Urologia.

Bari, 20-21 ottobre 1931.

Il 10° Congresso della Società italiana di Urologia ebbe luogo a Bari il 20-21 ottobre u. s.

Le sedute si svolsero nell'Aula della Clinica chirurgica.

Tra gli intervenuti, oltre numerosi soci, furono notati le Autorità militari e civili, i componenti del Comitato permanente. Insieme col Presidente prof. C. Bruni, erano presenti i v. presidenti proff. Lilla, G. Raimoldi, il consigliere C. Chiaudano, il cassiere prof. L. Sabatucci, il vice-segretario dott. C. Taralli. Durante lo svolgimento del Congresso furono eletti vari soci ordinari italiani e alcuni onorari stranieri, e scelto il tema di Relazione per l'anno prossimo, dal titolo: « I risultati lontani ortopedici e funzionali della chirurgia renale ed ureterale conservativa ».

Fu commemorato anche il Socio prof. Binaghi, direttore della Clinica chirurgica di Cagliari, scomparso tra il largo rimpianto dei Colleghi.

Fu votato un ordine del giorno, approvato entusiasticamente dall'Assemblea, esprimente un voto di plauso e di adesione all'on. Presidente della Commissione Amministratrice degli Ospedali Riuniti di Livorno, e così concepito: La Società italiana di Urologia conscia dell'opera svolta a favore dell'Urologia italiana, con la istituzione di un Reparto specializzato e col continuo perfezionamento di esso, che culmina con la prossima inaugurazione del grande Spedale Costanzo Ciano, esprime a tutti il suo compiacimento ed il suo plauso, augurandosi che l'esempio di Livorno venga imitato da quanti vogliono che l'Italia di Benito Mussolini, mostri al mondo il suo primato in tutti i campi della sua attività.

* * *

Il Congresso fu inaugurato dal prof. RIGHETTI, direttore della Clinica chirurgica, nella quale si riunivano i Congressisti. L'O., dichiarandosi commosso di tanto onore, seguitava col dire che:

« La scelta di Bari a sede del Congresso significava un omaggio alla giovane Università, la presenza degli Urologi nella Clinica Chirurgica, stava a dimostrare, anche nelle sue forme esteriori, la intimità dei rapporti scientifici tra la chirurgia generale e una specialità da lei derivata. Non bisogna — pena di cadere nell'empirismo — eleggersi *d'emblée* urologi: no, bisogna divenirvi dopo esser stati chirurghi.

Questo monito non è nuovo: proprio a Bari esiste una Sala della Clinica Chirurgica intitolata a Mariano Santo da Barletta. Ancor oggi il nome di questo grande è vivo fra gli urologi e di lui si ricorda non solo lo strumento descritto nel *Libellus aureus de lapide a vesica per incisionem extrahendo*, ma i trattati di chirurgia generale su vari argomenti. Bisogna dunque discendere dal generale al particolare, tenendo sempre presente che si è chiamati a curare dei malati e non stati morbosi. Per questo solo una preparazione generale, la quale si metterà al riparo di qualsiasi sorpresa operatoria, ci consentirà di scendere a quella particolare perizia quale oggi si richiede dallo specialista.

Il prof. C. Bruni, presidente della Società e del Congresso, ringraziò le autorità civili e militari, i colleghi intervenuti, il prof. Righetti per la sua simpatica orazione.

Il Presidente poi rievoca — dimostrandosi profondo conoscitore della storia della medicina — molte delle glorie urologiche dei figli della Puglia, glorie troppo spesso ignorate e non solo dagli stranieri. Già nel secolo XIV troviamo Francesco di Palo del Colle, un Riccardo, un Guglielmo, un Matteo. Nel 1500, rifulse su gli altri la figura di Mariano Santo. Egli fondò perfino una Scuola di Chirurgia e di Urologia a Venezia.

A Domenico Cotugno, precursore del Rayer, era riservata la scoperta dell'albumina nelle urine, e la conferma di quella dell'urea. Ancor più grande e più vicino a noi è Michele Troia d'Andria, nato nel 1745. Egli si può veramente considerare come il padre dell'Urologia italiana. Fondò la prima cattedra di malattie urinarie, pubblicò un libro sui mali della vescica, fondò la Sala dei Pietranti, inventò il catetere flessibile, scoperta oggi attribuita ai francesi.

Il presidente infine si augura che all'Urologia, si riconosca oggi quella parte che le spetta e che le dovrebbe permettere di rendersi indipendente ed autonoma negli Ospedali e nell'Università.

Anatomia, sviluppo e struttura del collo vescicale, nelle malattie di questo, esclusa l'ipertrofia e il cancro della prostata.

Alesio C. (Torino), relatore. — La scelta di questo tema ha avuto il merito di indurre il Relatore ad uno studio più preciso di quanto non fosse stato fatto per il passato, degli elementi componenti il cosidetto collo vescicale.

In esso vi si trovano glandole e non solo della mucosa, ma anche della sottomucosa, da distinguersi nettamente da quelle prostatiche.

È certa poi la partecipazione di tutti gli strati della muscolatura vescicale alla costituzione di quella del collo vescicale. Sopra tutto importante è la presenza di uno speciale cingolo muscolare, posto dinanzi l'uretra, e al quale spetta una grande importanza sul meccanismo di apertura e chiusura della vescica. Un elemento coadiuvante di queste azioni muscolari è rappresentato dalla disposizione dei vasi, specie venosi.

Venendo poi a considerare più da vicino la contrattilità del collo vescicale e il meccanismo di chiusura ed apertura della vescica, si deve concludere come l'antico concetto circa l'azione dello sfintere debba assolutamente andar abbandonato. La minzione non può risultare legata all'azione di quell'unico muscolo, ma rappresenta un adattamento funzionale di una serie di atti armonicamente associati, impossibili a scomporre minutamente, ma nei quali ha certo una grande importanza il muscolo trigonale.

Il collo vescicale è — d'altra parte — soggetto a turbe funzionali di intensità varia, in seguito alle quali viene ad esser lesa la capacità di trattenere o espellere la urina. Questi disturbi si manifestano sopratutto con alterazioni meccaniche e agiscono sulla forma del segmento inferiore della vescica ostacolando la chiusura della vescica o assumendo addirittura la dignità di una vera e propria ostruzione dell'ostio uretrale interno. Quest'ostruzione può esser completa o non, temporanea o permanente. Ma questi disturbi possono esser anche cagionati da turbe motorie, causa a loro volta, di alterazioni nella chiusura e nell'apertura dell'apparato sfinterico. Essi si traducono poi in una atonia o in un'ipertonia.

Malgrado che tanta luce si sia portata sull'argomento rimangono da considerare tutta una serie di alterazioni nelle quali il carattere del disturbo funzionale è oscuro, per quanto l'elemento principalmente leso sia la capacità di apertura del collo vescicale, e ai quali conviene il nome di disetasia. Non è possibile stabilire un'unica etiologia nè un'unica patogenesi della malattia del collo; si tratta di molteplici sindromi patologiche alle quali corrispondono vari quadri morbosi distinti.

Le cause difatti possono risiedere nell'apparato nervoso preposto alla funzione motoria del collo vescicale o esser situato nello spessore stesso del collo. Le cause d'origine nervosa possono essere primarie e scaglionate lungo l'asse cerebro spinale e loro nervi (tabe, spine bifide, neuriti, ecc) o secondarie a lesioni locali o a lesioni distanti. Nelle forme primarie si tratta di riflessi, spasmi o di una reazione muscolare alle congestioni, infiammazioni, irritazione dei nervi sensitivi. Nelle lesioni a distanza la patogenesi riesce ancor più nebulosa, ed è affidata solo ad ipotesi, per le quali si ammette un aumento del tono sfinterico, senza escludere altri meccanismi più complicati.

Le cause organiche possono anch'esse venir divise in due gruppi a loro volta: nel primo grossolanamente visibile rientrano restringimenti, tumori primitivi, cisti, calcoli, cicatrici del collo, e altri riconoscibili solo all'indagine microscopica, consistenti in atrofia, o ipertrofia dei tessuti cervicali, sclerosi infiammatoria, congestione vasale, adenomi piccolissimi.

Pisani L. (Milano), relatore per la parte clinica. — L'anatomia patologica può mettere in evidenza alterazioni del collo vescicale assai diverse une dalle altre, ma clinicamente si assiste sempre ad un identico risultato; la deficienza o l'abolizione del movimento di apertura all'inizio della minzione.

L'evoluzione patogenetica si può così schematizzare:

1) comparsa nello spessore del collo, di un elemento sconosciuto che crea uno stato progressivo di resistenza anormale all'apertura;

2) fase discinesica; incoordinazione cioè mo-

toria, caratterizzata da fenomeni prevalentemente irritativi, con perturbamento della minzione;

3) insensibilmente si passa in questo periodo in cui le lesioni strutturali si accentuano, e si accresce lo sforzo del detrusore e del muscolo trigonale;

4) estensione delle lesioni strutturali che rendono definitiva la resistenza all'apertura. Rigidità permanente del collo, ipertrofia del detrusore e del m. trigonale, sollevamento del trigono, formazione di uno sfondato pretrigonale, protrusione del collo sul piano vescicale. La sindrome clinica è giunta al periodo di stato;

5) rigidità statica e dinamica del collo, associato ad una progressiva deficienza del detrusore e del m. trigonale: formazione nel punto più debole di uno sfondato retrotrigonale con creazione della barra interureterica, vero e proprio ostacolo meccanico;

6) complicazioni. Sepsi, ristagno, riflusso, formazioni diverticolari, ecc.

La malattia del collo, quindi, si può chiamare anche « indurimento rigido del collo vescicale », o più brevemente *sclerosi del collo* e dev'esser concepita, in ultima analisi, come un disturbo dinamico-meccanico, nel senso che pure iniziandosi la sindrome per un ostacolo dinamico, finisce con la scomparsa di un'ostruzione meccanica.

Il carattere fondamentale isto-patologico non è plastico, ma degenerativo, distruttivo degli elementi costituenti il canale, con esito in tessuto fibroso anelastico.

La diagnosi vien posta, con l'anamnesi, con l'esportazione bimanuale, degli esami endoscopici alla Mac Carthy, dalla cisto-uretrografia.

Rara la combinazione della sclerosi con restringimenti uretrali.

La terapia, nei primi stadi è essenzialmente medica e consiste nei soliti rimedi medicamentosi, e nell'elettroterapia. Dal punto di vista operatorio, il miglior mezzo è l'ablazione totale del collo (Lasio): esso dà buoni risultati sia immediati, che nei casi studiati a distanza.

La presenza di un basso fondo retrotrigonale accentuato può indurre ragionevolmente nella resezione cuneiforme della barra interureterica.

* * *

A queste due relazioni seguirono altre comunicazioni sullo stesso argomento.

Bloch G. (Firenze). — *Ritenzioni vescicali per alterazioni intrinseche del collo vescicale.* — Contrariamente a quanto hanno concluso i relatori l'O. restringe il concetto di malattia del collo a quelle forme nelle quali non si riesce a mettere in evidenza una lesione sia pur minima ma chiaramente dimostrabile, e che sicuramente congenite, riconoscano una patogenesi esclusivamente neuromuscolare. Clinicamente si possono riconoscere tre periodi: 1) ipertonia del collo; 2) ipertrofia; 3) sclerosi. L'ipertrofia può essere primitiva oppure riflessa riferibile ad alterazioni nervose congenite.

Rinaldi R. (Padova). — *Resezione cuneiforme del collo vescicale stenosante ed uretrocistografia.* — L'O. ha osservato e ne riferisce i dati di un caso di stenosi del collo. L'O. mostra inoltre la uretrografia del suo malato eseguita per via ascendente. L'O. ottenne la guarigione dei disturbi con la resezione cuneiforme del collo vescicale.

Discussione.

Lasio G. (Milano). — La uretrografia retrograda rappresenta un errore di tecnica. Lo studio della vescica va eseguito durante il suo stato di riposo o durante la minzione spontanea, non già con una manovra che forzando lo sfintere vescicale deve necessariamente alterare la morfologia del collo.

Rinaldi risponde che non ritiene fondata tale osservazione e sostiene la bontà della sua tecnica.

Rinaldi R. (Novara). — *Esistono delle stenosi da spasmo di origine puramente nervosa delle vie escretorie urinarie?* — Secondo l'O. le manifestazioni disuriche iniziali della tabe si possono paragonare ad altri stati spastici che si manifestano in altri organi del tabetico.

Negro M. e Sacchi M. (Torino). — *Contributo alla cosidetta malattia del collo.* — Gli OO. riportano in succinto i dati tratti dallo studio di nove casi di malati del collo e ne riportano gli esiti operatorii. La malattia in parola è di origine certamente congenita. Essa consiste in una alterazione della disposizione dei due strati muscolari i quali sono preposti alla apertura e chiusura del collo dimostrando così una funzione antagonistica.

La malattie del collo si rassomiglia nei suoi tratti clinici alla sintomatologia della ipertrofia prostatica. Se ne distingue per due elementi l'insorgenza precoce, il contrasto tra sintomi e reperto in realtà esiguo. A tali dati è legata la diagnosi. L'asportazione totale del collo costituisce l'intervento di elezione.

Lilla P. (Livorno). — *Contributo allo studio delle malattie del collo vescicale.* — L'importanza della comunicazione, risiede nel numero rilevante di casi studiati (undici) e nel reperto istologico che li accompagna. In base a tali dati di fatto si può concludere che alcune sindromi da ritenzione e comprese sotto il nome di malattie del collo, abbiano una patogenesi flogistica cronica. Invece le cosidette barre o pliche interureteriche sono di origine certamente congenita. Nella maggioranza dei casi la diagnosi non si presenta ardua: tuttavia occorre eliminare dalle possibili differenziali l'ipotesi di un carcinoma al suo inizio.

La cura con applicazioni diatermiche non approda, di solito, a risultati tangibili: bisogna ricorrere alla resezione cuneiforme, o meglio, alla escissione totale del collo.

Colombino S. (Torino). — *Stenosi larga del collo vescicale di origine nervosa.* — Sarebbe più appropriato secondo l'O. chiamare la malattia del collo: stenosi larga del collo. Poichè è pur vero che esiste una stenosi ma è anche vero che essa consente il passaggio di grosse sonde. L'O. presenta poi la storia di un paziente che affetto da lesione del collo midollare presentava una netta ritenzione urinaria.

Lasio G. (Milano). — *Le malattie del collo vescicale.* — Non vi deve essere alcun dubbio più sulla possibilità di una ritenzione legata ad un processo di sclerosi del collo vescicale. Questa va nettamente distinta e differenziata da sindromi analoghe come si presentano in affezioni ben differenti (ipertrofia; cancro della prostata ecc.) benchè offra scarsi dati positivi.

La cura chirurgica l'unica che possa avere ragione dei fenomeni disurici consiste nella escissione circolare del collo. Talora i fenomeni resi-

dui legati alla prostatite cronica esigono un ulteriore trattamento al quale segue generalmente la guarigione definitiva.

Pavone M. (Palermo). — *Forme varie di malattia del collo (sulla guida di casi clinici).* — La malattia del collo non riconosce un'unica origine: essa è legata o ad una ipertrofia o ad una atrofia della sua muscolatura oppure anche ad una ipertrofia del muscolo interureterale. L'O. ritiene che queste conclusioni possano fondarsi sullo studio dei suoi casi.

Nisio G. (Bari). — *Sulla cosidetta « malattia del collo ».* — L'O. riporta tre casi di ritenzioni vescicali, nel primo dei quali coesisteva un diverticolo dell'uraco; nel secondo un piede paralitico congenito: nel terzo i postumi di una blenorragia.

L'O. potè ottenere in due casi un notevole miglioramento, la guarigione nel terzo mediante la elettrocoagulazione del collo, associata al cateterismo a dimora.

Ruscica G. (Roma). — *Ritenzione urinaria e schisi della prima vertebra sacrale.* — L'O. riferisce un caso di ritenzione urinaria con distensione totale delle vie escretorie renali in un giovane di 14 anni. L'esame obbiettivo fu negativo dal punto di vista clinico e urologico mentre che la radiografia dimostrò una diaschisi della prima vertebra sacrale. È a queste malformazioni della colonna vertebrale che bisogna pensare sempre in assenza di altre alterazioni a cui riconnettere i disturbi urinarii sopra a tutto nei giovani.

Discussione.

Nisio (Bari). — È del parere che nelle spine bifide occulte si manifesti più facilmente una ritenzione che una incontinenza di urina.

Bruni C. (Napoli). — In base alla sua esperienza pediatrica, ritiene vero invece perfettamente l'opposto.

Colombino S. (Torino). — L'O. osservò in un giovane uomo una ritenzione grave associata ad una lieve incontinenza. L'esame neurologico ne rilevò la patogenesi. Si trattava di una aplasia del cono midollare. Non fu quindi possibile intervenire.

Cilento M. (Napoli). — *Endometriosi della vescica.* — Una causa invero eccezionale di ritenzione urinaria è quella riferita dall'O. Si trattava di una formazione endometriale la quale rappresenta un germe aberrato del canale di Müller. Caratteristico era l'aumento dei disturbi durante i mestrui della paziente. Singolare era anche la possibilità di riproduzione in piccolo dei disturbi accennati mediante la somministrazione di preparati opoterapici.

Discussione sulla relazione e sulle comunicazioni ad essa attinenti.

Cimino T. (Palermo). — Malgrado che i casi dell'O. siano stati già riportati nella relazione, tuttavia egli ritiene interessante tornarvi ancora sopra più dettagliatamente.

In un individuo si era stabilita un'urinazione per rigurgito. Questa affezione fu attribuita a la presenza di piccolissimi adenomi del collo vescicale. Fu praticata una cura radio-terapica ottenendo un certo miglioramento dei sintomi. Tuttavia dopo poco tempo il disturbo si ripresentò e richiese un intervento cruento. All'operazione non furono più trovati gli adenomi ma solo un tessuto fortemente sclerotico che fu asportato a pezzi. Questo caso è particolarmente dimostrativo in quanto che mette in guardia contro gli effetti dannosi della radio-terapia. Nel secondo caso l'O. si trovò in presenza di un tessuto sclerotico connettivale L'intervento era stato suggerito da una crisi di ritenzione acuta dovuta ad una congestione vescicale la quale aveva così messo in evidenza una lesione sino allora ignorata.

Alesio G. (Torino) risp. — L'O. ringrazia tutti coloro che hanno portato il prezioso contributo della loro esperienza personale.

Egli riconosce che le sue conclusioni hanno riscosso il plauso della maggioranza. Non può però convenire con il collega Rinaldi quando egli dice che nelle affezioni del collo l'elemento dinamico prevalga su quello meccanico. Non condivide neanche l'idea dell'opportunità della uretrografia ascendente.

È d'accordo con il collega Negro nel conferire alla flogosi uno scarso valore nel quadro delle malattie del collo.

Pisani L. (Milano). — Anche l'O. ringrazia tutti coloro che hanno preso parte alla discussione ed insiste sulla necessità di studiare gli esiti degli interventi a distanza da essi.

Bruni C. (Napoli). — Interpreta i sensi dell'assemblea esprimendo il suo compiacimento per l'interesse suscitato vuoi dalle relazioni che dalle comunicazioni ad essa attinenti e come pure dalla discussione.

* * *

Terminate le comunicazioni e la discussione sul tema di relazione seguirono comunicazioni su altri argomenti.

* * *

Lilla P. (Livorno). — *Alcuni casi di rene policistico.* — L'O. ha osservato 4 casi di rene policistico: nel primo di essi egli ottenne un'evidente miglioria mediante la ignipuntura.

Nel secondo caso in cui s'intervenne di nuovo per un ascesso pararenale fu potuto stabilire che tale metodo di cura evita il riformarsi delle cisti. Su un terzo caso i valori della F.S.F. si elevarono immediatamente dallo zero a cifra normale.

Lilla P. (Livorno). — *Considerazioni su alcune idronefrosi da vaso anomalo.* — Su un caso di idronefrosi la sezione del vaso anomalo condusse alla scomparsa delle cavità: questo è un risultato come raramente si osserva.

Sestini F. e Bruni P. (Napoli). — *Presentazione di preparati allo scopo di studiare il meccanismo del reflusso pielo-renale.* — Gli OO. presentano alcuni preparati a corrosione eseguiti mediante iniezioni dall'arteria, dalla vena e dalla pelvi renale. È ben evidente nei preparati l'esistenza di un reflusso pielo-venoso e di un passaggio della sostanza adoperata, dall'arteria alla vena. Su questo ultimo punto gli OO. si propongono di dirigere le future loro ricerche.

Pavone M. (Palermo). — *Reflusso dopo nefrectomia per degenerazione fibrolipomatosa e sua cura mediante folgorazione.* Viene riferita la storia di un paziente affetto da tipiche coliche calcolose. Il rene asportato fu invece trovato affetto da degenerazione fibrolipomatosa con focolai suppurativi. Si manifestò un reflusso vescico-ureterale, ed uno sgocciolamento lombare.

Tale inconveniente fu tolto mediante la folgorazione dell'estremo vescicale dell'uretere.

Discussione.

Lilla P. (Livorno). — Un caso simile a quello riferito dal collega non solo per i sintomi ma anche per il reperto fu osservato dall'O. Durante l'intervento che si presentò difficile per la presenza dell'aderenze fu osservata l'ipoplasia dei vasi renali.

Chiaudano C. (Torino). — Domanda con quale meccanismo possa aver agito la folgorazione, dal momento che questa viene adoperata per ottenere delle cicatrici molli.

Pavone (*risp.*). — La cicatrizzazione della superficie cruenta dell'uretere fu resa possibile per l'edema che si stabilì davanti ad essa in conseguenza della elettro-coagulazione.

Scandurra S. (Roma). — *Casi clinici di calcolosi ematurica monosintomatica.* — L'O. riferisce di 4 casi nei quali la calcolosi si era manifestata solamente con l'ematuria. L'intervento che ebbe ragione del disturbo consistette o nella nefrotomia o nella semplice pielotomia oppure nella eliminazione spontanea del calcolo.

Nisio G. (Bari). — *Sul trattamento delle cosidette ematurie essenziali.* — L'O. riferisce di 5 malati nei quali malgrado ogni ricerca non si potè mettere in evidenza che un'ematuria mono-laterale, definita dall'O. come essenziale.

Si trattava di pieliti o pielonefriti o nefriti. In tutti e 5 i casi, dei quali vengono mostrate le pielografie, la cura fu esclusivamente medica: ad essa seguì constantemente la guarigione.

Discussione.

Ravasini C. (Trieste). — L'O. non ritiene che la nefrotomia rappresenti l'operazione di scelta nell'ematurie essenziali: egli ritiene invece, in base ad una larga esperienza già riferita in altri congressi che la preferenza vada assegnata allo scapsulamento del rene.

Negro M. (Torino). — L'O. non è certo che in almeno due dei casi riportati dal Nisio, si fosse trattato di ematurie essenziali: dall'esame delle urine era più verosimile si fosse trattato di una pielite.

Lilla P. (Livorno). — La nefrotomia è una operazione ormai abbandonata nella cura dell'ematurie essenziali nella diagnosi delle quali occorre una grandissima circospezione.

Nisio (*risp.*). — Malgrado il parare contrario espresso dai suoi contradittori egli rimane nella propria opinione. Così ritiene che si possa escludere la possibilità di un neoplasma avanzato dal Lilla per la lunga durata della malattia del caso in questione.

Chiaudano C. (Torino). — *Coliche renali ossaluriche.* — L'O. riferisce di 2 casi di ossaluria nei quali l'emissione dei sali si accompagnava a delle vere coliche renali.

Il cateterismo ureterale permise di stabilire la provenienza degli ossalati dal solo lato affetto da coliche. Per quanto ne è oscura l'origine, tanto maggiore ne è l'importanza.

Sorrentino M. (Napoli). — *La simpaticolisi chimica del peduncolo renale, secondo il metodo di Pavone. nella nefrite dolorosa.* — L'O. in un caso di nefrite dolorosa associò la simpaticolisi chimica del peduncolo renale allo scapsulamento del rene e guarì il suo malato non solo dei disturbi ma indusse nel rene un ripristino completo della sua funzionalità.

Discussione.

Pavone M. (Palermo). — Esprime la sua riconoscenza verso il collega che volle applicare il suo metodo seguito dal completo successo. Il metodo può essere o associato ad uno scapsulamento del rene o sostituito dalle iniezioni para-vertebrali anche esse proposte da lui.

Marroni M. (Roma). — *Il trattamento delle tubercolosi viscerali e degli esiti post-operatori della tubercolosi renale.* — Il metodo personale dell'O., cognito ormai da quanti s'interessano dell'argomento può essere applicato anche nelle lesioni renali tbc. nelle quali il chirurgo può limitarsi ad aprire soltanto e d'urgenza i focolai suppurativi.

Garofolo F. (Bologna). — *Osservazioni alla prova della funzionalità renale con il tiosolfato di sodio (Contributo sperimentale).* — In base alle proprie ricerche l'O. si ritiene autorizzato a concludere che la prova del Niyri non sia da preferirsi alle altre comunemente usate e come non offra alcuna superiorità sulla F.S.F.

Scandurra S. (Roma). — *La funzione renale ed ureterale a distanza dall'enervazione parziale o totale di uno o ambedue gli ureteri, nei cani normali.* — L'O. riferisce brevemente sui risultati delle sue esperienze eseguite su 4 gruppi di cani: in questi animali da esperimento l'O. ha eseguito l'enervazione parziale o totale di uno o dei due ureteri: a distanza di tempo variabile dall'intervento ha studiato la funzione renale ed ureterica e le alterazioni anatomiche.

Travaglini (Bari). — *La funzione epato-renale nella chirurgia del fegato e nelle vie biliari e nella chirurgia delle vie urinarie.* — Studiando insieme la funzionalità epatica e quella renale si può giungere ad una conclusione per la quale è lecito stabilire se si possa contare o meno sulla resistenza dell'ammalato ad un intervento sul sistema urinario. È dimostrato anche che le funzioni epatiche e renali seguano un vero e proprio decorso parallelo nel periodo post-operatorio.

Discussione.

Lilla P. (Livorno). — È lieto che ad ogni congresso qualche oratore ribadisca l'opportunità dello studio accoppiato delle due funzioni epatorenale.

Virgillo F. (Nicastro). — *Un caso di dolico megauretere congenito con riflesso vescico-renale ed idronefrosi.* — Viene riferito, come dice il titolo della comunicazione, un caso di dolico megauretere congenito associato ad un riflesso vescico-renale e idronefrosi.

Discussione.

Ravasini C. (Trieste). — Domanda se vi fosse o meno del pus nelle urine.

Lasio G. (Milano). — Il megauretere, insieme con gli altri disturbi, è probabile abbia rappresentato un epifenomeno di un'aplasia della papilla ureterale, lesione primitiva squisitamente congenita. Tutta la sintomatologia fu determinata dal-

l'insorgere di un'infezione che ruppe l'equilibrio, fin'allora conservato, di pressione vescico-ureteropielica.

Lilla P. (Livorno). — Occorre grande prudenza prima di stabilire l'esistenza di un megauretere, senza un esame istologico.

Virgillo *(risp.)*. — Secondo lui si trattava di una forma di megauretere congenito, primitivo, e non secondario ad un'infezione o comunque legato all'esistenza di una papilla aplasica.

Ravasini C. (Trieste). — *Dilatazione parziale congenita dell'uretere.* — Per l'assenza di ogni fenomeno flogistico, per la presenza di un'ematuria l'O. ritiene che il caso da lui osservato di dilatazione parziale dell'uretere medio possa e debba andare ascritto tra le lesioni congenite. Il caso, oltremodo raro, fu studiato anche dal punto di vista anatomo-patologico, ed istologico, e trovò in questi esami un'ulteriore convalida alla supposizione predetta.

Discussione.

Alesio C. (Torino). — Non è lecito negare o ammettere unilateralmente una dilatazione congenità degli ureteri. L'O. in un feto di 7 mesi, osservò da un lato una dilatazione, dall'altro una atresia ureterale.

Ravasini C. (Trieste). — *L'uroselectan B.* — L'uroselectan B rappresenta una nuova, comoda, stabile soluzione dell'uroselectan in polvere e già a tutti noto. Paragonando questo preparato con l'Abrodil si può dire che mentre quest'ultimo si elimina più rapidamente e più intensamente, l'uroselectan B, serve meglio allo studio delle ombre renali.

Discussione.

Lasio G. (Milano). — Anche da noi il metodo della pielografia discendente è stato giustamente apprezzato. Tanto è vero che la casa Erba ha messo in commercio un preparato similare, chiamato urofanina.

Bruni C. (Napoli). — Insiste sull'opportunità di usare un preparato alle consuete di limitare la dose iniettabile, e la cui sterilizzazione sia assicurata.

Pantoli F. e Garofalo F. (Bologna). — *Considerazioni sulle malformazioni degli ureteri.* — Gli OO. hanno studiato tre casi di uretere doppio. In uno di essi lo sbocco anomalo vestibolare rappresentava la causa di una falsa incontinenza. Fu eseguita una eminefrectomia, ma lo sgocciolio di urina continuò: questo mancato successo terapeutico non fu potuo spiegare altrimenti, se non ammettendo una comunicazione, bassa fra i due ureteri ipotesi non emessa ancora da alcuno, ma neanche dimostrata nel caso attuale dagli stessi OO.

Cilento M. (Napoli). — *Su di un caso di reflusso vescico-uretero-pelvico.* — L'O. è riuscito ad ottenere un riflesso vescico-uretero-pelvico con la seguente manovra da lui riportata: si riempiva la vescica di una paziente affetta da tubercolosi urinaria, fino al punto da rendere impellente la minzione. Si invitava poi la malata a trattenere le urine, si esercitava una valida pressione sulle parti basse dell'addome. L'O. ricorda a questo proposito le esperienze sullo stesso tema, di M. Pavone.

Garofalo F. (Bologna). — *Miofibroma della vescica.* — L'O. descrive in modo succinto, ma chiaro, un leiomioma della vescica. Egli mostra anche il primo cistogramma di tale affezione e riferisce sull'eccellente stato di salute della malata a due anni di tempo dall'operazione.

Nisio G. (Bari). — *Ritenzione completa acuta da diverticoli vescicali.* — Si tratta di un caso di ritenzione acuta completa legata all'esistenza di due grossi diverticoli di origine congenita.

Lasio G. (Milano). — *La cura post-operatoria della prostatectomia transvescicale con speciale riguardo all'emostasi.* — La cospicua esperienza dell'O., consente alcune conclusioni importanti sul trattamento post-operatorio nei prostatici. L'O. è un assertore prudente, ma convinto dell'inutilità del tamponamento della loggia prostatica residua all'asportazione dell'adenoma.

Naturalmente vi sono dei casi che impongono il tamponamento, ma sono pochi. Su 49 casi (con una mortalità del 2 % per una bronco-polmonite), l'uso del tampone fu richiesto solo 9 volte. Nei rimanenti 40 casi l'iniezione endovenosa di CaCl e l'applicazione del tubo di Freyer si mostrarono più che sufficienti per assicurare un decorso postoperatorio ideale

Verardi M. (Napoli). — *Nuovo elettrode per la diatermia della prostata.* — L'O. presenta lo strumento che assicura una migliore e maggiore aderenza sulla faccia posteriore della prostata.

Negro M. (Torino). — *Carcinoma della prostata e radioterapia profonda.* — In 4 casi di carcinoma prostatico fu eseguita una cura di applicazioni profonde radioterapiche. Evidente il miglioramento sia locale che generale. La bontà del succcesso — però — fu velata dalla comparsa di metastasi, manifestatesi 1 anno e mezzo dopo tale terapia.

Verardi M. (Napoli). — *La cura della uretrite gonococcica con la diatermia.* — Vengono riferiti i brillanti successi ottenuti con un apparecchio di nuova costruzione, presentato all'assemblea dallo stesso O., inventore del medesimo.

Nicolich G. (Trieste). — *Indicazioni e risultati della resezione circolare dell'uretra secondo Marion.* — L'O. si dichiara soddisfatto dei risultati ottenuti nella cura dei restringimenti sia traumatici (5 casi) che blenorragici (2 casi) mediante la resezione circolare alla Marion.

De Luca A. (Palermo). — *Un raro caso di calcolosi gigante dell'uretra membranosa in un bambino* — L'O. descrive un caso di un bambino di 5 anni, dall'uretra del quale fu estratto un calcolo del peso di 10 gr. misurante 3 × 4 1/2 cm., costituito da urati.

Negro M. (Torino). — *Varici dell'uretra.* — La diagnosi di varici dell'uretra fu posta con l'esame uretroscopico. Mediante la elettrocoagulazione il malato fu guarito della sua affezione.

Chiaudano C. (Torino). — *Operazioni plastiche sul dotto seminale.* — Le stenosi del dotto seminale sono suscettibili d'interventi plastici. Occorre naturalmente stabilire esattamente la sede dell'occlusione. Gli interventi che possono venire eseguiti allo scopo sono molteplici. L'O. riporta 5 casi del genere nei quali l'intervento fu seguito da un eccellente risultato.

Di Majo G. (Milano). — *Le sindromi addominali gastro-intestinali nelle affezioni chirurgiche dell'apparato urinario.* — L'O. riferisce di 24 malati nei quali si erano manifestate delle sindromi

gastro-enteriche o addominali, pur essendo affetti dà affezioni urologiche. L'O. ritiene che queste manifestazioni siano dovute a riflessi reno-digestivi e ad alterazioni dell'equilibrio acido-basico.

BRUNI C. (Napoli). — *La litotrisia cistoscopica. Un nuovo litotritore.* — L'O. ritiene che per i piccoli calcoli vescicali una cistotomia soprapubica rappresenti un intervento eccessivo, quasi sproporzionato all'importanza modesta della malattia. In questi casi serve egregiamente allo scopo un piccolo litotritore che l'O. presenta all'assemblea.

Discussione.

PAVONE (Palermo). — Sottolinea un'importanza delle dichiarazioni del prof. Bruni e nota come si tenda ingiustamente ad abbandonare oggi questo eccellente metodo di cura. E. MINGAZZINI.

Accademia Medica Pistoiese "Filippo Pacini „.

Seduta del 30 dicembre 1931.

Presiede il Prof. CANTIERI.

Tonsilliti e nefropatie.

Prof. TORRIGIANI (Firenze). — Comincia dall'illustrare il concetto di tonsillite, malattia puramente locale da cui possono provenire alterazioni in altri organi, e quello di tonsillite, malattia infettiva acuta a porta d'ingresso ignota con varie manifestazioni cliniche, fra le quali quella faringea è la più appariscente (anginosi). Il concetto che le tonsille costituiscono la porta d'ingresso a germi infettanti in una forte percentuale di nefriti, e quindi il nesso clinicamente accertato fra tonsilliti e nefropatie, si connette alla teoria « infezioni locali » e mette in linea anche la possibilità che anche le tonsilliti croniche possano rappresentare un « Focus settico » dal quale prenderebbe origine un'infezione focale che potrebbe esser causa di nefrite.

Illustra la diagnosi clinica e anatomica di tonsillite cronica, intrattenendosi anche sulla importanza dei reperti batteriologici. Ricorda i vari concetti sulla fisiologia delle tonsille ricordando soprattutto la funzione protettiva della tonsilla sana e il danno della tonsilla malata.

Riporta a quattro tipi principali le affezioni renali in rapporto ad infiammazioni tonsillari: 1) *Albuminurie semplici;* 2) *Glomerulo-nefrite* a focolai, il cui carattere più saliente è rappresentato dalla ematuria, albumina scarsa, mancano i segni di sofferenza extra-renale. È la forma più caratteristica in cui meglio appare il nesso fra acutizzazioni tonsillari e peggioramento renale; 3) *Glomerulo-nefrite diffusa*: dà sofferenze extrarenali (edemi, ipertensione), albuminuria elevata e può anche dare complicazione come la neuroretinite; 4) *Nefrite cronica* quale prodotto di varie forme a focolaio. Più frequente di tutte la glomerulo-nefrite a focolai. Ritiene che le angine rappresentando un fatto infettivo con fatti generali costituiscono una sepsi in potenza che può trasformarsi in sepsi vera con la costituzione di un focolaio settico, sia linfangitico, sia flebitico che endocarditico; ma in generale rimangono come processi di infezione locale ed agiscono, non per batteri, ma per tossine; anche nella glomerulonefrite a focolai si sarebbe di fronte a fatti degenerativi.

Discute la tonsillectomia che egli limita alle nefropatie a forme reumatiche, all'endocardite lenta e ad alcune ipertermie criptogenetiche. Riferisce di avere operato 560 casi di enucleazione tonsillare per affezioni renali, ma solo di 190 ha dati sufficienti per riferirne i resultati: Albuminurie semplici, 27; Glomerulo-nefrite a focolai acuta, 91; Glomerulo-nefrite a focolai cronica, 47; Glomerulo-nefrite diffusa cronica, 15. Dei casi di albuminuria semplice 19 erano da tonsillite cronica recidivante. e di questi 11 sono guariti prontamente, 2 dopo 2 o 3 mesi, 3 sono rimasti stazionari dopo 7 e rispettivamente 11 mesi e 2 anni. Su 91 casi di forme a focolaio acute ha avuto 48 guariti, con sedici miglioramenti notevoli, 7 apprezzabili, e 20 con tendenza a passaggio allo stato cronico. Delle 47 forme a focolaio croniche, 11 guarirono nello spazio di 2-3 mesi, 14 entro l'anno, 7 migliorarono e 15 rimasero invariate. Fra le quindici forme di nefrite cronica furono notati 3 guariti, 6 migliorati, 6 stazionari.

Questa statistica ebbe inizio 15 anni fa.

Società Medico-Chirurgica Bresciana.

Seduta scientifica del 1° dicembre 1931.

Presidente: prof. BARATOZZI.

Restringimento uretrale congenito infrangibile con fatti settico-uremici.

Dott. P. SALVINI. — L'O. riferisce il caso di un ufficiale di cavalleria il quale fin dalla infanzia soffriva di disturbi disurici, e all'età di 23 anni, forse anche in seguito al molto cavalcare, fu colto da ritenzione e sintomi settici urinosi.

L'O. riscontrò una stenosi serrata dell'uretra all'angolo peno-scrotale, insormontabile anche colle più fini minugie e dopo d'avere preparato l'infermo con semicupi e supposte di belladonna. Oltre a ciò fimosi congenita d'alto grado. Eseguita la cistotomia soprapubica, la febbre e i fenomeni settico uremici scomparvero e l'O. dopo 10 giorni dall'operazione potè, in seguito alla decongestione della mucosa uretrale, introdurre una minugia e poi procedere alla uretrotomia interna. Il malato venne operato anche della fimosi e guarì di tutti i suoi disturbi.

L'O. data la presenza di disturbi disurici fin dall'età infantile e la mancanza di infezione blenorragica o di un trauma pregresso al perineo, ritiene che si sia trattato di un restringimento congenitale.

Segue discussione.

Dott. A. FALANGA. — *Sul l'anchilostomiasi.*

Dott. T. V. PONSINI. — *Toracopago.*

Seduta scientifica del 15 dicembre 1931.

Presidente: prof. BARATOZZI.

Dott. A. TUNESI. — *Contributo alla conoscenza del lobo polmonare della vena azigos.*

Prof. G. DOSSENA. — *Cura chirurgica della retroversione uterina col metodo Alfieri.*

Grave cistorragia d'origine gonococcica.

Dott. P. IOB. — Riferisce sopra un caso di cistite blenorragica in donna gravida, complicata da copiose ematurie terminali. Il cateterismo degli ureteri escluse la tubercolosi o altre malattie renali.

Il Segretario: prof. M. FIAMBERTI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

Azotemia ambulatoria con forte acidosi nel corso di una nefrite cronica.

V. Jonas e J. Kral (*Paris médical*, 22 agosto 1931) riferiscono il caso di un uomo trentenne, che non aveva mai avuto malattie gravi e soffriva spesso di angina. Da un anno era diventato un po' difficile per il mangiare ed altresì meno vivace di un tempo. Da sei mesi soffriva cefalee che negli ultimi tempi erano diventate assai forti. Le forze diminuivano rapidamente e si erano verificate epistassi. All'esame, respiro profondo (che si fece in seguito del tipo di Kussmaul), odore ammoniacale dell'alito, non retinite; urina del P. S. di 1006-1010 con albumina (0,75-1,75 per litro) leucociti ed emazie, non cilindri. Urea sanguigna 4,93 per litro; pH del sangue 7,10, disceso poi a 7,0. In pochi giorni si ebbe la morte preceduta da stato semicomatoso. All'autopsia, nefrite cronica atrofica.

In complesso, quindi, un caso di nefrite cronica con uremia terminale, che si era manifestata da poco tempo con i segni del piccolo brightismo. Ma il paziente aveva potuto continuare le sue occupazioni abituali fino a pochi giorni prima dell'entrata in ospedale, dove si era recato perchè aveva il naso « turato ». Il fatto che maggiormente colpisce in questo malato non costretto a letto, è quello dell'azotemia notevole, accompagnata da un'acidosi, quale non si osserva che raramente, anche nel coma diabetico.

Casi di azotemia ambulatoria sono stati riferiti da altri, quali Javal (un malato che ha potuto continuare le sue occupazioni malgrado un'azotemia di 3-4 grammi, fino al giorno in cui un'infezione banale lo portò a morte) e De Gennes (un paziente con azotemia di grammi 2,5-3 che si lamentava soltanto di mancanza di appetito; soltanto due giorni prima della morte comparvero i segni clinici della grande uremia). *fil.*

Stravasi di orina dall'uretere.

Geisinger (*Ann. of Surg.*, febbraio 1931) riferisce 3 casi di infiltrazione periureterale di orina senza traumi esterni. Si tratta di lesioni rare a prognosi molto grave.

In tutti e tre i casi il fattore causale era l'incuneamento di un calcolo nell'uretere con conseguente necrosi della parete ureterale.

Il quadro clinico è in rapporto colla quantità dell'orina che è fuoriuscita nei tessuti, la virulenza dei germi che contiene e la reazione del paziente. Si può formare un flemmone o il processo si può localizzare con o senza formazione di un ascesso. E' specialmente interessante un caso nel quale si ebbe una risoluzione completa dei sintomi e guarigione senza intervento.

Di regola però si tratta di casi che richiedono un pronto intervento chirurgico. Il momento dell'intervento e l'intervento stesso verranno determinati caso per caso.

M. Ascoli.

Tumori maligni primitivi dell'uretere.

M. J. Renner (*Surg. Gyn. and Obst.*, aprile 1931) ha raccolto i casi di tumore maligno primitivo dell'uretere: circa 50 complessivamente. Una decina di questi sono di natura connettivale, gli altri epiteliale. Mentre questi ultimi sono ben noti, meno conosciuti sono i primi; l'A. ha avuto occasione di osservarne 2 di cui uno mixo-sarcoma e l'altro carcino-sarcoma: tumori di piccole dimensioni. Uno di questi fu reperto di autopsia. Per la sintomatologia e la cura nulla di nuovo rispetto ai più comuni epiteliomi dell'uretere. V. Ghiron.

TERAPIA.

Risultati della radiumterapia nei tumori maligni della vescica.

R. Darget (*Bordeaux chirurgical*, n. 3, luglio 1931) ha avuto modo di applicare la radiumterapia in 23 casi di tumori maligni della vescica.

Di questi non ne considera però che 13 casi perchè gli altri o erano in condizioni troppo gravi o sono morti per cause indipendenti dall'operazione. Di questi 13 casi in 9 ha ottenuto la guarigione perfetta constatata per mezzo di cistoscopie ripetute per un periodo che va dai 5 anni ai 13 mesi, nei 4 restanti casi i p. sono morti per recidiva. La malignità dei tumori asportati è stata controllata con l'esame istologico.

In tutti i p. l'applicazione del radium è stata ben sopportata non avendo l'A. prolungata l'applicazione oltre i 7 giorni e avendo usato una tecnica accurata per impedire la caduta degli aghi e le conseguenti scottature della mucosa vescicale.

In tre ammalati affetti da cistite post-operatoria ha notato l'espulsione spontanea di calcoli fosfatici che non si sono più riprodotti quando le urine sono ridiventate limpide. In nessun caso ha dovuto segnalare incidenti gravi come perforazione della vescica o peritonite. L'impianto degli aghi in vicinanza dei meati ureterali non ha mai prodotto l'obliterazione di questi. L'azotemia e la riserva alcalina del sangue non sono state influenzate dall'applicazione del radio. La tecnica usata dall'A. è la seguente: Previa ampia cistotomia e distruzione superficiale delle masse neoplastiche esuberanti con la diatermo-coagulazione, ha impiantato a 1 1/2 cm. circa l'uno

dall'altro gli aghi da mmgr. di radium filtrati da 1/2 mm. di platino nella base del tumore. Per impedire che gli aghi potessero cadere li ha impiantati solidamente e ha zaffato con garza che aveva anche l'ufficio di preservare dal focolaio d'irradiazione la mucosa vescicale sana. Terminava l'intervento con un drenaggio della vescica.

Gli aghi non debbono essere lasciati in posto più di 7 giorni.

Prima, durante e dopo l'operazione, per evitare l'infezione della vescica o per limitare gli effetti delle scottature da radio, bisogna praticare dei lavaggi con cloruro di magnesio: il nitrato d'argento è mal tollerato.

L'A. conclude che, come prima aveva anche osservato Keyes, i tumori più radiumsensibili sono quelli che presentano maggior numero di figure cariocinetiche e a tale scopo propone di fare una biopsia mediante la cistoscopia prima dell'intervento: biopsia che permetterà di riservare alla radioterapia i tumori con numerose mitosi e alla diatermo-coagulazione quelli con mitosi rare.

G. GENTILE.

L'urotropina nell'incontinenza di orina delle malattie nervose.

Caffe, Bainglas e Cosma (*Journ. de méd. de Paris*, 3 dic. 1931) riferiscono sui buoni risultati ottenuti con le iniezioni endovenose di urotropina nell'incontinenza di orina di malati nervosi, con lesioni definitive del sistema nervoso centrale. La prima osservazione è stata quella di una donna paraplegica, in cui le iniezioni endovenose di urotropina fatte per combattere la colecistite guarirono anche l'incontinenza di orina da cui tale donna era affetta.

Nei diversi casi hanno ottenuto risultati diversi, dalla scomparsa totale dell'incontinenza senza recidive ai risultati nulli.

La spiegazione del fatto non è agevole; ad ogni modo, i risultati terapeutici sembrano interessanti, tanto più dinanzi a fatti che si ritengono generalmente inguaribili. *fil.*

Nelle colibacillosi dell'apparato urinario.

Janet consiglia:

Acido canforico	g.	1
Blu di metilene	cg.	1

Di queste, due al giorno al momento dei pasti; durante 4 giorni la settimana. Nei 3 altri giorni, urotropina.

Mauer, dal canto suo, consiglia la pozione seguente:

Acido benzoico	g.	5
Mucillagine di gomma arab.		
Sciroppo di zucchero	anag.	15
Acqua dist.	g.	300

Un cucchiaio ogni tre ore.

(*Journ. des pratic.*, 11 aprile 1931).

MEDICINA SCIENTIFICA.

Il pH urinario negli stati di depressione.

Laignel-Lavastine, Rogues de Fursac e G. d'Hencqueville (cfr. *Presse médicale*, 24 ott. 1931) hanno dimostrato nei depressi ansiosi l'esistenza di un disturbo dell'equilibrio acido-base degli umori che si manifesta con uno stato di alcalosi. Il pH urinario, che nei normali a digiuno è di circa 6, raggiunge invece in tali individui il 7. Gli AA. ritengono che lo studio di esso possa quindi servire a scopi etiologici e permettere di distinguere gli stati di depressione essenziale da quelli di depressione clinicamente analoghi, ma sintomatici di una schizofrenia.

Come risulta dai dati riportati nel lavoro originale pubblicati in *Ann. médico-psychologiques*, mentre il pH urinario, nei depressi essenziali, si mantiene stabilmente nella zona alcalosica (da 6,5 a 7,5), negli schizofrenici esso è instabile e variabile nell'evoluzione da un giorno all'altro, senza rapporto con le modificazioni cliniche ed oscilla fra le cifre estreme da 5 a 9.

La discordanza fra le cifre del pH e lo stato clinico nella schizofrenia è analoga alla disarmonia che si può osservare in tale affezione nei diversi stati psichici, affettivi e motori. Essa permette, ad ogni modo, di fare precocemente la diagnosi dell'affezione. *fil.*

VARIA.

Un'epidemia famigliare di glomerulonefrite acuta diffusa.

Viene descritta da A. C. Ernstene e G. P. Robb (*Jour. of A. M. A.*, n. 19, 7 nov. 1931).

In 8 bambini su 10, senza relazione alcuna con eventuale infezione scarlattinosa, si sviluppò successivamente una flogosi acuta delle vie aeree superiori, seguìta in 6 dai sintomi di una glomerulonefrite acuta diffusa, comparsa durante la convalescenza.

L'intervallo trascorso in ogni caso tra inizio dell'infezione acuta e comparsa della nefrite, suffragherebbe, per gli AA., l'ipotesi che questa seconda si sarebbe sviluppata da uno stato di ipersensibilità alla prima.

L'esame batteriologico della gola rivelò presenza dello streptococco viridans in tutti i soggetti, associato in tre col bacillo influenzale. La cultura delle urine, invece, restò costantemente sterile. M. FABERI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

All'abb. N. 12560, da G. N.:

Sull'azione terapeutica dello zolfo, veda i volumi del dott. L. MARANELLI: *Neozolfoterapia*, editi dall'Istituto Editoriale Cisalpino, Milano. Nel Vol. III, troverà anche i metodi per la determinazione dello zolfo nell'urina e nel sangue. *fil.*

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA (*)

CONTROVERSIE GIURIDICHE

III. - Concorso per direzione di ospedale - Costituzione della Commissione.

Il regolamento organico del Reale Albergo dei Poveri di Napoli prescrive che della Commissione giudicatrice del concorso per la nomina dei sanitari facciano parte anche « tre professori della facoltà medico-chirurgica di Napoli ed uno dei consulenti della pia opera in medicina e chirurgia o delle diverse specialità e *tutti avuto riguardo alla natura del posto da coprire* ».

Dovendosi provvedere alla nomina del Direttore, che ha funzioni *prevalentemente* chirurgiche, furono scelti un professore ordinario di chirurgia, un libero docente della stessa materia e un professore ordinario di pediatria. In seguito ad avvertimento anonimo, sembrò che la Commissione non fosse regolarmente costituita, perchè avrebbe dovuto farne parte un professore ordinario e non un libero docente. Tutti i Commissari decisero d'accordo di dimettersi, per lasciare piena libertà all'amministrazione dell'ente, la quale accettò le dimissioni e ricostituì la Commissione sostituendo al libero docente un professore ordinario. La Commissione completò poi il procedimento e formò la graduatoria, designando per ordine di merito soltanto tre dei concorrenti idonei, come era prescritto nel regolamento.

Uno dei concorrenti ricorse al Consiglio di Stato contro la deliberazione di nomina. Prescindendo da minori quistioni, che non interessano, tre argomenti di dissenso sono da segnalare: *a*) poteva far parte della Commissione per la nomina del direttore con funzioni prevalentemente chirurgiche un professore di pediatria? *b*) Era legittima la ricostituzione della Commissione, data la esclusione successiva del Commissario che ne faceva parte legalmente perchè anche il libero docente è da considerare professore di università? *c*) Poteva la Commissione graduare, entro la terna, i candidati idonei, o doveva limitarsi a designarli, senza stabilire un ordine di merito?

Il resistente, opponendosi al ricorso, faceva queste osservazioni: *A*) il Direttore dell'Ospedale ha, è vero, funzioni prevalentemente chirurgiche, ma ha anche attribuzioni direttive, e sovraintende a tutti i servizi sanitari, compresi quelli di assistenza medica; era, quindi, legittima la partecipazione alla Commissione di un clinico medico o pediatra. *B*) i Commissari erano liberi di dimettersi o di esercitare l'ufficio ad essi affidato; la rinunzia che essi fecero non era, quindi illegittima; l'amministrazione dell'ente, accettando le dimissioni, agì correttamente, tanto più che essa non poteva obbligare i Commissari a desistere dal loro proposito. Sino a questo punto, il procedimento era senza dubbio regolare. Ma da questo momento, l'amministrazione aveva via libera e poteva, quindi, ricostituire la Commissione con facoltà discrezionale. E poichè era *almeno* dubbia la legalità della nomina di un libero docente, dovendosi anzi ritenere che il regolamento indicasse un professore di ruolo, correttamente, se non altro per evitare incertezze, sostituì un professore ordinario. *C*) Quando il regolamento prescrive che sia formata una terna di eleggibili, stabilisce un limite agli effetti della scelta e della nomina. Ma ciò non esclude che i tre concorrenti dichiarati eleggibili siano graduati per ordine di merito, secondo il risultato della valutazione dei titoli. La Commissione fa un esame per accertamento di idoneità assoluta e comparativa e, necessariamente, deve stabilire il merito dei singoli concorrenti. Soltanto i primi tre idonei sono eleggibili; ciascuno di essi ha, però, quel grado che, per ordine di idoneità, gli appartiene, secondo il risultato dell'accertamento, non sopprimibile.

La V^a^ Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 5 dicembre 1931, ha accolto le considerazioni del resistente, come sono state qui riassunte, ed ha respinto il ricorso. (Chiarolanza c. Simeoni e R. Albergo dei Poveri di Napoli.

IV. - Concorso - Giudizio illegittimo.

Un concorrente aveva presentato vari certificati, dai quali risultava che egli nello stesso periodo di tempo aveva prestato servizio di medico interino a Gioiosa Ionica e aveva frequentato corsi di studi a Napoli e Messina. La Commissione valutò tutti questi titoli. Invece non tenne conto del servizio prestato da un altro concorrente nell'Ospedale militare, sebbene, secondo i criteri stabiliti dalla stessa Commissione, anche questo servizio costituisse, come è ovvio, titolo di carriera valutabile.

La V^a^ Sezione del Consiglio di Stato, con sentenza 30 maggio 1931, n. 332, ha annullato la nomina deliberata dal Podestà sulla base di quella graduatoria ed ha considerato che i certificati concernenti il servizio interinale e la frequenza dei corsi di studio in luogo diverso non erano attendibili perchè contradditori. Ha inoltre osservato che la Commissione non poteva prescindere dalla valutazione del servizio prestato dall'altro concorrente in Ospedale militare.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. Giovanni Selvaggi, esercente in Cassazione, cons. legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI.

Commissione sanitaria del Governatorato di Roma.

Abbiamo già dato notizia dell'adunanza tenuta da questa Commissione e dell'ordine del giorno svolto.

Il primo argomento discusso — modificazione nel *servizio di assistenza ai poveri* e provvedimenti relativi — è di notevole importanza sociale.

L'assistenza sanitaria ai poveri della città è affidata ai medici condotti che esercitano le loro funzioni nell'ambito di una determinata zona dell'abitato tanto a domicilio che negli ambulatori medici, taluni dei quali ora, con grande vantaggio del pubblico, non sono più allogati negli uffici delle delegazioni, ma in ambienti sufficientemente appartati. Certo, sarebbe allora più desiderabile che tale servizio di assistenza ai poveri non restasse, così com'è ora, del tutto avulso da quello di assistenza ospitaliera. Ove infatti esistesse una coordinazione fra i due, sarebbe certamente possibile operare utili trasformazioni, tali da avvantaggiare sensibilmente la cittadinanza. Ma i vari tentativi fatti in passato per raggiungere questo intento non hanno avuto, a quanto pare, troppo buona fortuna. Chissà che in progresso di tempo, con un po' di buona volontà, non si possa raggiungere l'intento.

In questi ultimi tempi, nei riguardi dell'assistenza ai poveri, felici provvedimenti sono stati presi dalla civica Amministrazione per estendere sempre più il raggio della benefica azione a vantaggio dei più bisognosi di cure. Alludiamo specialmente all'opera delle assistenti sanitarie rionali le quali, scelte fra il personale preparato dalla Croce Rossa, disimpegnano, alle dipendenze dei medici condotti, un'opera complessa di assistenza che consiste non soltanto in prestazioni di carattere curativo, ma anche in compiti di vera e propria bonifica sociale nelle case dei poveri.

Però oggi, in dipendenza dell'enorme estensione della città verso la periferia che si è andata così intensamente popolando, è indispensabile estendere, in modo adeguato al bisogno, i servizi assistenziali sanitari ai poveri, dotando di quanto è necessario anche quei nuovi nuclei di abitato che, a tutt'oggi, sono rimasti fuori della zona, diremo così, protetta.

Anche la parte sanitaria nei riguardi dell'*edilizia*, ha una importanza notevole, in quanto si allaccia strettamente al problema dell'igiene delle abitazioni, problema che, a sua volta, ha strettissima aderenza con la profilassi antitubercolare.

In merito al *regolamento d'igiene*, va notato che il regolamento attualmente in vigore risale al 1925. Sebbene conti pochi anni di vita, pure devesi por mente che in seguito alla sua compilazione è avvenuta l'iscrizione del Governatorato, con attribuzioni speciali dell'ufficio sanitario. Devesi inoltre considerare che l'attività del Governo Nazionale anche in materia sanitaria è stata molteplice e sostanziale con speciale riguardo nel campo dell'igiene. Difatti, dopo il 1925 furono promulgate in tale materia ben 14 leggi e 9 regolamenti, nonchè numerose parziali modificazioni al Testo Unico delle leggi sanitarie del 1907, e ai relativi regolamenti. Oltre a ciò esistevano pure aggiunte, integrazioni e, in qualche caso, anche modificazioni alle disposizioni preesistenti, le quali occorreva introdurre nel testo del regolamento, con i convenienti coordinamenti, in modo da dare unità e organicità a tutta la materia che regola questa importantissima attività della civica Amministrazione rivolta alla protezione della salute pubblica.

Sull'igiene del suolo sono stati profondamente modificati gli articoli riguardanti i rifiuti e le immondizie domestiche e stradali, l'igiene del suolo in rapporto con la malaria, e lo smaltimento delle materie luride nelle località tuttora prive di fognatura.

Nell'igiene dell'abitato è stata introdotta una più netta disposizione circa la dotazione dell'acqua potabile nelle abitazioni, ed è stato posto, molto giudiziosamente, il divieto di soppressione dei lavatoi nelle case di vecchia costruzione, dove esistessero.

Gli articoli riguardanti l'igiene rurale sono stati pure opportunamente modificati in relazione al regolamento sull'igiene del lavoro e alle speciali norme riguardanti l'Agro Romano.

La disciplina del commercio delle carni e del latte è stata pure aggiornata secondo le recenti norme dei regolamenti statali.

Per quanto riguarda il latte, è stato fissato definitivamente nel 3,20 per cento il quantitativo minimo di sostanza grassa, che dovrà essere in ogni caso riscontrato nelle analisi, perchè tale essenziale alimento si possa dire non scremato.

L'istituzione del libretto di idoneità sanitaria, del quale debbono già essere forniti tutti gli addetti alla preparazione e allo smercio di generi alimentari, che, com'è noto, fu oggetto di una speciale ordinanza governatoriale, è stata introdotta nel testo del nuovo regolamento, estendendone assai opportunamente l'obbligatorietà anche per i barbieri, tenuto conto della possibilità di trasmissione di malattie con strumenti, o rapporti inevitabili in tale mestiere. Quindi, allorchè andrà in vigore questa nuova disposizione, anche i barbieri dovranno munirsi del libretto d'idoneità sanitaria. Uguale garanzia dovrebbe peraltro essere pure richiesta a coloro che attendono alla preparazione di alcuni medicinali, come ad esempio alle confezioni delle pillole, le quali, generalmente, richiedono una certa manipolazione.

Il *pubblico macello* avrà d'ora innanzi una precisa regolamentazione.

Altro argomento di autorità è quello della distribuzione in città delle *farmacie*. È stato detto e più volte ripetuto che le attuali farmacie, in seguito allo sviluppo cittadino operatosi in quest'ultimo decennio, sono mal distribuite ed in guisa da non corrispondere in modo adeguato alle necessità pubbliche.

In alcuni punti del centro della città, ne esistono infatti a dovizia, mentre in altri, e segnatamente alla periferia, scarseggiano o, quanto peggio, non esistono affatto. D'altra parte la legge esige il funzionamento di una farmacia là ove esiste un agglomeramento di abitanti che raggiunga un certo numero di cittadini.

Sarà bene dunque che si pensi seriamente a dotare i quartieri di nuova formazione della desiderata farmacia, che costituisce un alto e provvido presidio sanitario specialmente per il popolo più disagiato, predisponendo una pianta organica delle farmacie, tanto auspicata, che tenga preciso conto dell'avvenuto reale sviluppo della città.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Albizzate (*Varese*). — Consorzio medico: Albizzate-Solbiate Arno. Per titoli ed esami. Stipendio annuo L. 9000. Indennità trasporto L. 700, con le riduzioni di legge. Abitanti 2600. Cinque aumenti quadriennali del decimo sullo stipendio iniziale. Età massima anni 36. Documenti di rito bollati e legalizzati. Scadenza 28 febbraio, ore 18. Per informazioni rivolgersi al Municipio di Albizzate.

Alessandria. *R. Manicomio di « S. Giacomo ».* — Due posti di medico di Sezione. Stipendio lire 8500 più L. 2000 di servizio attivo; caro viveri speciale, se dovuto secondo le vigenti leggi. Vitto nei giorni di guardia ed alloggio personale. Ritenuta di R. Mobile e del 12 % a senso disposizioni legali. Documenti di rito; età massima anni 30 con le deroghe pei combattenti e pei mutilati. Dimostrare di essere avviato alla carriera psichiatrica. Scadenza 29 febbraio. Per chiarimenti rivolgersi alla Direzione Amministrativa dell'Istituto.

Aversa (*Napoli*). *R. Manicomio.* — Scad. 15 febbraio; 5 medici assistenti di cui 4 in neuro-psichiatria, e una dottoressa in ginecologia, chimica e batteriologia; titoli ed esami; L. 9000 e 4 quadrienni di L. 700 e di 800, oltre L. 1800 serv. att.; decurtate del 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

Borgofranco Po (*Mantova*). — Scad. 15 feb., ore 18; L. 7920 già ridotte 20 %, oltre 5 quadrienni dec., c.-v., L. 500 uff. san., L. 2000 trasp.; età lim. 39 a.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 12 gen.

Cagliari. *Municipio.* — Scad. 15 feb.; condotta di sezione; L. 8000 ridotte del 12 %, 4 quinquenni dec., c.-v.; titoli ed eventualm. esami; età lim. 35 a.; triennio di esercizio profess.; doc. a 6 mesi dal 5 gen.; voti negli esami speciali e nella laurea.

Capodimonte (*Viterbo*). — Scad. 20 feb.; L. 10.500 ridotte 12 %, 5 quadrienni dec., L. 400 uff. san.; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

Casei Gerola (*Pavia*). — Scad. 31 mar.; L. 11.000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 300 ambulat.; età lim. 45 a.; tassa L. 50,10.

Castiglione d'Orcia (*Siena*). — A tutto 15 feb., 3ª cond.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 9 gen.; stip. L. 9500 e 6 quadrienni dec. oltre L. 2000 assegno mobile, L. 3500 trasp.; deduz. 12 %.

Cervia (*Ravenna*). — Scad. ore 17 del 30 apr.; 3° reparto; L. 8500 e 10 bienni ventes. oltre c.-v., L. 2500 trasp., riduz. 12 %; tassa L. 50,10.

Cosenza. *R. Prefettura.* — Ufficiale Sanitario, Capo Ufficio di Igiene del Comune. Per titoli ed esami. Stipendio annuo L. 15.000, più 5 aumenti quadriennali del decimo. Per servizio medico scolastico L. 3000. Divieto esercizio professionale. Scadenza 31 marzo.

Cremona. *Ospedali Maggiore ed Ugolani Dati.* — A tutto 29 febbr., per titoli ed esami, chirurgo aggiunto; L. 8000; riduzione 12 %; caro-viveri ai coniugati. Tre anni di pratica presso Clinica Universitaria o grande Ospedale. Età limite 42 a. Rivolgersi alla Segreteria del Consiglio degli Ospedali suddetti.

Firenze. *R. Arcispedale di S. M. Nuova e Stabilimenti Riuniti.* — A ore 17 del 15 feb., assistente per l'Ospedale Sanatorio di Careggi; età lim. 30 a.; L. 6400 da decurtarsi del 12 %, c.-v. e altre indennità regolamentari; titoli ed esami; doc. a 3 mesi dal 15 gen. Nom. e conferma biennali.

Napoli. *Municipio.* — Scad. ore 17 del 16 aprile; medico igienista; L. 10.500 e 3 quadrienni di lire 500, oltre L. 2000 serv. att., riduz. 12 %; età lim. 35 a.; doc. a 3 mesi dal 15 gen.; tassa L. 50 alla Tesoreria. Titoli ed esami. Chiedere annunzio. Rivolgersi Protocollo Generale del Comune (Palazzo San Giacomo, 2° piano).

Palermo. *Ammin. Prov.* — Due medici alunni nell'Ospedale psichiatrico; titoli ed esperimenti scritti ed orali; età lim. 28 anni al 24 dic. 1931; indenn. L. 3660, dedotte del 12 %; rivolgersi segreteria dell'Ospedale.

Ramiseto (*Reggio Em.*). — A ore 18 del 15 apr.; età lim. 35 a.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 15 gen.; stip. L. 7040 e 5 quadrienni dec. oltre lire 2640 indenn. categoria, L. 880 uff. san., L. 2640 cavalc., L. 440 ambulat., c.-v.

Salò (*Brescia*). — Scad. 31 mar.; cond. esterna; L. 10.000 e 6 quinquenni dec. oltre L. 1000 trasp.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

Spello (*Perugia*). *Ospedale Civile.* — Scad. 28 feb.; direttore; L. 8000 e 4 quadrienni dec. oltre L. 600 serv. att., c.-v., L. 2000 servizio chirurgia; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; speciale competenza nello esercizio della chirurgia; tassa L. 50.

Stenico (*Trento*). — Scad. 20 mar.; L. 9500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 950 uff. san., L. 2000 indennità via, alloggio compreso locale per ambulatorio; riduz. 12 %; tassa L. 50.

Taranto. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli ed esami. Direttore del Consorzio Provinciale Antitubercolare. Termine per la presentazione dei documenti sino alle ore 12 del giorno 31 marzo 1931, X. Età massima 45 anni. Stipendio iniziale L. 18.000, suscettibili di cinque aumenti quadriennali del decimo, oltre la indennità di servizio attivo di lire 6000 annue. Stipendio ed indennità sono decurtabili del 12 per cento e delle ritenute per legge. Nomina quinquennale. Residenza in Taranto. Inibita la libera professione e qualsiasi altro impiego pubblico o privato. È però consentita la consulenza nella specialità. Soliti documenti di rito. Per programma di esami e per maggiori schiarimenti rivolgersi alla Segreteria del Consorzio, Palazzo degli Uffici, Taranto.

Taranto. *Municipio.* — Medico addetto presso l'Ufficio d'Igiene ai servizi necroscopico e di vaccinazione; titoli; scad. ore 13 del 29 feb.; età lim. 45 a. al 7 gen.; doc. a 3 mesi; L. 9500 e 5 quadrienni dec.; ritenuta 12 %; c.-v.

Villapiane (*Cosenza*). — Scad. 5 apr.; L. 7000; riduzioni di legge; età lim. 40 a.; certificato d'iscrizione al P. N. F.; tassa L. 50.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche, i compensi allo stipendio base.

Assegni di studio.

Accademia d'Italia.

La classe di Scienze fisiche, matematiche e naturali della Reale Accademia d'Italia, con i mezzi forniti dalla Fondazione « Alessandro Volta » dovuta alla generosità della Società Edison, ha deliberato di erogare durante l'esercizio 1932-33 cin-

que assegni di L. 16.000 per viaggi di studio (della durata minima di cinque mesi) di professori universitari e per borse di studio (della durata di almeno otto mesi) a favore di altri studiosi italiani.

Chi aspiri a conseguire uno di tali assegni può presentare domanda entro il 15 marzo alla Cancelleria dell'Accademia Reale esponendo il suo programma di attività scientifica all'estero.

CONCORSI A PREMI.

Société Médicale des Hôpitaux de Paris.

Premio Le Gendre (triennale) di fr. 3000 sul tema « Il libretto sanitario ». Premio Gingeot (triennale) di fr. 6000 sul tema « Degli itteri colurici senza decolorazione delle materie fecali ». Scad. 1° nov. 1932. Manoscritti al segretario generale della Società, rue de la Seine 12, Paris.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Sono trasferiti i seguenti professori di clinica pediatrica: Olimpio Cozzolino da Parma a Bari; Vittore Zamorani da Perugia a Pavia; Angiola Borrino da Sassari a Perugia. Il prof. Bruno Trambusti è stato nominato alla cattedra di clinica pediatrica di Parma.

Sono trasferiti: il prof. Pio Bastai, di patologia medica, da Modena a Firenze; Ruggero Balli, di radiologia e terapia fisica, da Pavia a Modena.

L'on. Alessandro Alessandrini è nominato vicecommissario della Federazione Nazionale Fascista delle Società di mutuo soccorso e sanitarie, in sostituzione del gr. uff. Enrico Scodnik, che ha dovuto rinunziare alla carica perchè assorbito da altri impegni nell'organizzazione cooperativistica e mutualistica.

Il presidente della Croce Rossa Italiana, sen. Filippo Cremonesi, ha conferito la medaglia d'oro dei benemeriti dell'Ente al prof. Tommaso Mancioli dell'Università di Roma, per benemerenze nel campo assistenziale.

S. E. il Segretario del P. N. F. on. Achille Starace ha nominato fiduciario della Sezione milanese dei professori universitari dell'Associazione fascista della scuola, il prof. Carlo Foà.

La Società tedesca di pediatria, adunatasi a Dresda, ha eletto membri onorari i proff. Gerstenberger di Cleveland, Jundell di Stoccolma, Alfred Ross di New York e Waidaus di Gottinga.

L'Accademia di Medicina di Parigi ha proceduto al rinnovamento del suo Consiglio per il 1932. Il dott. Meillière, vice-presidente nel 1931, occuperà d'ufficio il posto di presidente. Alla vice-presidenza è stato chiamato il dott. Souques, medico onorario degli ospedali di Parigi. Il dott. Renaud manterrà le funzioni di segretario delle sedute e il prof. Achard quelle di segretario generale. A membri del Consiglio sono stati nominati i proff. Soredey e Hartmann, in sostituzione di Tessier e Martel.

All'Accademia spagnola di medicina, dopo una viva lotta per il rinnovamento delle cariche, sono stati eletti: presidente il prof. L. de la Peña, vicepresidenti i dottori A. Vallejo Nágera e A. Piga Pascual.

NOTIZIE DIVERSE.

Le prossime riunioni mediche.

Marzo 6-9, Lione: 3° Congr. internaz. di tecnica sanitaria e igiene urbanistica. (Segr. gen.: prof. Garin, rue Ménestrier, Lyon. Delegaz. ital.: viale Romagna 51, Milano).

Marzo 15-18, Madrid: 19° Congresso internaz. di chirurgia. (Segr. gen.: prof. Léopold Mayer, rue de la Loi 72, Bruxelles).

Marzo 29 e ss., Besançon: Congresso francese delle Società scientifiche. (Iscrizione: Ministère de l'Instruction Publique, Direction de l'enseignement supérieur, 2e bureau, Paris).

Marzo, data indet., Montpellier: Riunione idrologica e climatologica francese. (Segr. gen.: prof. agrégé A. Puech, rue Aiguillerie 32, Montpellier).

Marzo, data indet., Parigi: Seduta annuale della Società francese d'idrologia medica. (Segr. gen.: Dr. J. Galup, rue Bonaparte 59, Paris, VIe).

Aprile 19-21, Roma: 1° Congresso italiano di medicina sportiva. (Rivolgersi: segreteria della F. I. M. S., via dello Stadio 14, Roma).

Aprile 23-25, Milano: 10° Congresso ital. di medicina del lavoro. (Segreteria: via S. Barnaba 8, Milano).

Aprile, data indet., Parigi: XIII Mostra d'arte medica. (Segr. gen.: Dr. Paul Rabier, rue Lecourbe 84, Paris).

Aprile, data indet., Madrid: 16° Congresso internazionale di oftalmologia. (Segr. gen.: prof. Marx, Oestmolenwerf 5, Rotterdam, Olanda).

Aprile, data indet., Parigi: Lega francese contro il reumatismo. (Segreteria: rue Bonaparte 51, Paris VIe).

Maggio 9-12, Parigi: Conferenza internaz. di difesa sociale contro la sifilide e commemoraz. del centenario di A. Fournier. (Segr. gen.: Dr. Sicard de Plauzoles, rue de Lisbonne 44, Paris VIIIe).

Maggio 22-29, Padova: Settimana medica. (Rivolgersi: prof. Mario Truffi, R. Università di Padova).

Maggio 25 e ss., Viareggio, Montecatini e Pisa: 5° Raduno nazionale talassoterapico e 22° Congresso naz. di idrologia, climatologia e terapia fis. (Segret. gen.: prof. Francesco Lenci, via Roma 20, Pisa).

Maggio, data indet., Madrid: 9° Congresso universale di chimica pura e applicata.

Maggio, data indet., Parigi: 18° Congresso francese di medicina legale.

Maggio, data indet., Catania: 9° Congresso medico siciliano. (Rivolgersi: Sindacato medico fascista, oppure Ordine dei Medici, Catania).

Giugno 20-25, East London: 26° Congresso med. sud-africano. (Segreteria: Medical Association of South Africa (B. M. A.), The Southern Life Buildings, St. George's Street, Capetown, Unione Sud Africana).

Giugno 23-25, Bruxelles: 2° Ciclo internazionale di conferenze medico-militari. (Rivolgersi: Lt.-Col. méd. Vouchen, Hôpital militaire, Bruxelles).

Giugno 25-28, Bruxelles: 12e Giornate mediche belghe. (Segr. gen.: Dr. René Beckers, rue Belliard 141, Bruxelles).

Luglio 11-14, Francoforte sul Meno: Conferenza internaz. del servizio sociale. (Informazioni presso il Dr. René Sand, avenue Velasquez 2, Paris VIIIe).

Luglio, data indet., Parigi: 12ª Riunione francese di neurologia. (Segr. gen.: Dr. O. Crouzon, avenue d'Iéna 70-bis, Paris).

Luglio, data indet., Rio de Janeiro: 3ª Conferenza panamericana della Croce Rossa. (Per informazioni: Comitato generale della C. R. I., via Toscana 14, Roma).

Agosto 15-18, Copenaghen: Congresso internaz. sulla luce. (Segr. gen.: Dr. A. Kissmeyer, Finseninstituut, Strand-boulevarden, Copenhaguen; segret. ital.: prof. G. Ceresole, via Dalmazia 11, Lido-Venezia).

Agosto 21-23, New York: 3° Congresso internaz. di eugenica. (Segr.: Harry H. Langhlin, Cold Spring Harbor, Long Island, N. Y., S. U. d'A.).

Settembre 6-9, La Aja e Amsterdam, 8ª Conferenza internaz. contro la tubercolosi. (Informazioni: via Nazionale 172, Roma).

Settembre 19-22, Vichy: 1° Congresso internaz. sulla litiasi biliare. (Segreteria gen.: boulevard des Capucines 21, Paris).

Settembre 20-25, Marsiglia: 1° Congresso internazionale mediterraneo d'igiene. (Segret. gen.: Dr. H. Violle, laboratoire d'hygiène, Faculté de médecine, allées Léon Gambetta 40, Marseille).

Settembre 27-30, Madrid: 2° Congresso internaz. d'oto-rino-laringologia.

Settembre, data indet., Bucarest: 9° Congresso internaz. di storia della medicina. (Segreteria gen.: Stada Stirbei Voda 86, Bucuresti).

Ottobre 3-8, Parigi: 41° Congresso francese di Chirurgia. (Segr. gen.: Dr. Grégoire, rue de l'Université 20, Paris).

Ottobre 4, Parigi: Congresso franc. di urologia. (Segr. gen.: Dr. O. Pasteau, rue de Villars 13, Paris VIIe).

Ottobre 5, Parigi: Congresso franc. d'ortopedia. (Segr. gen.: Dr. Paul Mathieu, rue Vancan 74, Paris VIIe).

Ottobre 30-31, Parigi: 6ª Conferenza dei psicoanalisti di lingua francese. (Segreteria: rue Cabanis 1, Paris).

Ottobre, 2ª metà, Palermo: 31° Congresso ital. di ostetricia e ginecologia. (Segret. gen.: prof. Cesare Micheli, via XX Settembre 68, Roma).

Ottobre, data indet., Roma: 38° Congresso ital. di medicina interna; 39° id. di chirurgia; 10° id. di urologia; 22° id. di ortopedia.

Ottobre, data indet., Parigi: 7° Congresso franc. di stomatologia. (Segr. gen.: Dr. A. Lattès, boulevard St.-Michel, 54, Paris Ve).

Ottobre, data indet., Parigi: 23° Congresso franc. di medicina. (Segr. gen.: Dr. Abrami, rue de Lille 9, Paris).

Ottobre, data indet., Parigi: 24° Congresso franc. d'igiene. (Segr. gen.: Dr. Dufaure, rue Dutot 25, Paris Ve).

Novembre, data indet., Milano: 4° Congresso ital. di microbiologia. (Segretari gen.: proff. Dessy e Armandi, via Darwin 10, Milano).

Il Consiglio delle Ricerche in memoria di Arnaldo Mussolini.

Sotto la presidenza di Guglielmo Marconi il Direttorio del Consiglio nazionale delle Ricerche ha tenuto la sua riunione periodica.

Il Direttorio ha stimato di onorare nel modo migliore la memoria di Arnaldo Mussolini riproducendo nella rivista del Consiglio « La Ricerca Scientifica » l'articolo chiaroveggente che Egli pubblicò in occasione del messaggio diretto dal Capo del Governo a Guglielmo Marconi per la fondazione del Consiglio delle Ricerche, nel « Popolo d'Italia », l'8 gennaio 1928, intitolato « Disciplina Scientifica », vero monito al nostro Paese.

Il Direttorio ha predisposto il programma delle ricerche da eseguirsi nel 1932, che sarà presentato al Capo del Governo per l'approvazione.

La prolusione del prof. M. Ponzo.

Il 19 gennaio, nell'aula della Clinica neuropsichiatrica della R. Università di Roma, il prof. Mario Ponzo, nuovo titolare della cattedra di psicologia sperimentale ed allievo del Kiesow di Torino, ha tenuto la prolusione al suo corso, sul tema: « La psicologia come scienza del dinamismo psichico ». Alla conferenza, attentamente seguita da un folto uditorio, assistevano numerosi professori della Facoltà di medicina, fra cui il prof. De Sanctis a cui l'oratore ha inneggiato come propugnatore e fondatore — da un venticinquennio — dell'insegnamento della psicologia sperimentale.

Società internazionale di endocrinologia.

Ad iniziativa del prof. Pende e del dott. Leopold Lévi, è in via di costituzione una Società internazionale di Endocrinologia che ha lo scopo di riunire gli innumerevoli cultori di questa fondamentale e tanto promettente branca della biologia e medicina moderna.

Del comitato d'onore della costituenda società fanno parte, degli italiani, oltre al Pende, i proff. C. Foà, Castellino Pietro, Rondoni Pietro e Viale Gaetano, e degli endocrinologi stranieri i proff. Lévi Leopold, Marañon, Parhon, C. Falta, Hammar, De Quervain, Lucien, Parisot, Biedl, Bayer, R. Neurath, J. Bauer, E. Leschke, G. Peritz, M. Zawadowsky, B. Houssat, L. Adler, Breitman, B. Chewinsky, A. Lipschütz, Coushing.

Chiunque intenda farsi socio può dirigere la sua richiesta o al prof. Pende, Genova, R. Clinica Medica, viale Benedetto XV, o al Dr. Lévi Leopold, Parigi, Théodore Banville 16.

Congresso internazionale sul reumatismo.

In vista dell'economia generale, e a somiglianza di quanto si è avverato per il Congresso internazionale di medicina tropicale ad Amsterdam e per il Congresso internazionale d'igiene coloniale a Londra, anche il Congresso internazionale contro il reumatismo, che doveva aver luogo a Roma nel corrente anno, è stato rinviato a data da destinarsi.

2° Convegno italiano di medicina sociale.

Avrà luogo a Roma in giorni da destinarsi del mese di febbraio; sarà in discussione il tema « La psicotecnica applicata alla prevenzione degli infortuni stradali ». Il discorso introduttivo sarà tenuto dall'on. Corrado Marchi, quello riassuntivo dal sen. R. De Vito. Il prof. C. Foà parlerà delle ragioni scientifiche e pratiche del Congresso. Saranno relatori: C. Gini, A. Gemelli, M. Ponzo, E. Boveri, A. Ciampolini, A. Herlitzka, G. Corberi, V. Massarotti, A. Cazzaniga, R. Trevisani, A. Filippini, G. Bergami e C. Ottolenghi, che tratteranno l'importante problema sotto tutti i punti di vista statistici, psico-fisiologici, pratici e legali. Per informazioni rivolgersi al prof. C. Foà, R. Istituto di Fisiologia, Milano.

Scuola di perfezionamento in medicina legale a Roma.

La Scuola, istituita presso la R. Università di Roma con sede nell'Istituto di Medicina legale, ha lo scopo di concorrere a colmare la lacuna che esiste nei medici sulle nuove cognizioni che si impongono nella pratica loro privata e presso le Amministrazioni dello Stato, nel campo della polizia giudiziaria e delle scienze penitenziarie; cioè in correlazione con le esigenze della nuova legislazione fascista nel campo penale e penitenziario. La Scuola conferisce il Diploma di specialista in Polizia scientifica e Medicina penitenziaria.

Alla Scuola possono regolarmente iscriversi i laureati in medicina e chirurgia. La Scuola ha la durata di 2 anni. Tasse complessive L. 2550.

Sarà pure tenuto un « Corso di coltura in medicina legale e nelle assicurazioni sociali » della durata di 3 mesi, al quale potranno assistere senza pagamento di tasse i laureati e studenti in medicina e chirurgia, in giurisprudenza e scienze politiche e sociali anche non iscritti alla Scuola.

Rivolgersi al direttore della Scuola, prof. S. Ottolenghi, R. Istituto di Medicina legale, Roma (27).

Scuola di perfezionamento in clinica pediatrica a Bari.

È stata istituita presso la R. Università di Bari e funziona a partire dal 1° febbraio.

La durata è di due anni solari, alla fine dei quali, subordinatamente all'esito dell'esame annuale di profitto e dell'esame finale di diploma con discussione su d'una memoria originale su argomento attinente alla pediatria, il Rettore della R. Università rilascerà un diploma di specialista in pediatria.

A giudizio del Consiglio di Facoltà potranno essere esonerati di un anno di corso i laureati con particolari titoli di studio legittimamente documentati.

Direttore è il prof. cav. Olimpio Cozzolino, direttore della R. Clinica Pediatrica Universitaria.

Informazioni potranno assumersi presso la Direzione della Scuola (Ospedaletto dei Bambini: via Crisanzio); per tutto quanto riflette le iscrizioni, alla Segreteria della R. Università.

Scuola libera di perfezionamento nella tubercolosi.

La Scuola Libera di Perfezionamento presso l'Istituto di studi scientifico-pratici sulla tubercolosi in Genova (presidente prof. P. Canalis, direttore prof. Sen. E. Maragliano), ha scopi scientifico-pratici per addestrare coloro che la frequentano in tutte le cognizioni necessarie all'esercizio pratico secondo le conquiste scientifiche moderne. La Scuola comprende: *a*) esercitazioni cliniche all'Ospedale; *b*) esercitazioni cliniche di accertamento nel reparto apposito dell'Istituto; *c*) in esercizi di laboratorio per mettere i medici in grado di poter fare le più semplici ricerche necessarie. L'iscrizione è libera e gli iscritti possono restare nella Scuola quanto piace loro; essi hanno un attestato del tempo ivi trascorso.

La Scuola Libera di Perfezionamento non deve essere confusa col solito corso mensile sulla patologia, clinica e profilassi della tubercolosi, che si tiene abitualmente dopo Pasqua e la cui frequenza è obbligatoria per un intero mese.

L'iscrizione alla Scuola di Perfezionamento è completamente gratuita.

Coloro che desiderano frequentarla non hanno che a significarlo alla Direzione, in via Balilla 1.

Corsi complementari in igiene.

Si terranno a Bologna ed a Pavia, per la preparazione alla carriera sanitaria, a partire dal 1° marzo e dal 4 aprile, per la durata di un bimestre; tasse rispettivamente L. 450 e L. 400, oltre L. 22 e L. 6,50 pel diploma. Programmi e schiarimenti dai direttori dei rispettivi RR. Istituti d'Igiene o dalle Segreterie Universitarie (Facoltà medica).

Per le cattedre universitarie di idrologia.

Da varii anni, nei Congressi di idrologia e terapia fisica, alcuni dei quali importantissimi, si è affermata la necessità di istituire ufficialmente nelle Università del Regno, o almeno in alcune delle più importanti, cattedre per l'insegnamento dell'idrologia, come già attualmente si fa per incarico, in quelle di Roma, di Napoli, di Pisa, di Torino, di Milano e di Padova.

A tale proposito ed all'intento di intensificare maggiormente la campagna in favore di questo insegnamento, che dovrebbe inserirsi nelle materie di studio della medicina, l'antico giornale « Terme e Riviere » ha sottoposto in questi giorni un questionario ai più insigni cultori della scienza medica e idrotermoclimatica, i quali concordemente hanno riaffermato ciò che nei congressi e nella stampa fu autorevolmente proclamato, e cioè, la improrogabilità della istituzione di queste cattedre per preparare una classe medica specializzata anche nel ramo delle cure fisiche.

Ufficio internazionale di documentazione di medicina militare.

In seguito al successo avuto dalla prima sessione di conferenze medico-militari svoltosi nei locali dell'Ufficio a Bruxelles, il Comitato direttivo ha indetto un secondo ciclo di conferenze, che si svolgerà dal 23 al 25 giugno. Tutti gli ufficiali medici di terra, di mare e dell'aria, così del servizio attivo come della riserva, sono cordialmente invitati. Per informazioni rivolgersi al: Lieutenant-Colonel médecin Voucken, Höpital militaire, Bruxelles.

Alla sessione passata destarono interesse i temi: tattica sanitaria (gen. med. Spire), lesioni oculari al fronte di combattimento (col. med. Felton), ecc., nonchè una pellicola sul trasporto dei feriti (allestiti dal magg. medico De Block).

Istituto sanitario a Berlino.

La Croce Rossa Germanica ha inaugurato a Berlino-Wilmersdorf un grandioso istituto sanitario, con 15 consultori e 760 camere particolari; è provvisto dei mezzi diagnostici e curativi più moderni e perfezionati e l'edifizio risponde alle migliori esigenze dell'architettonica ospedaliera. Il prezzo di ogni letto si è elevato a 8000 marchi in cifra tonda.

Una Casa di salute per classi medie a Londra.

La « London Clinic and nursing home », destinata alle classi medie, comprende 214 camere e numerosi ambulatori; vi sono addetti 36 consulenti (medici, chirurgi e specialisti), ciascuno col proprio ufficio; qualunque medico esercente (iscritto nel « British Register ») può accudirvi i propri malati.

Ambulatorio per la cura delle malattie orinarie a Roma.

Il presidente della Congregazione di carità di Roma, avv. Scotti, tenuto presente che l'urologia,

sia per la tecnica, sia per la cultura speciale e le particolari attitudini che deve possedere chi la esercita, ha da tempo assunto importanza di vera e propria specialità, ha voluto che nei locali della Policonsulenza « Vittorio Emanuele III », al viale del Re n. 70, fosse riaperto l'Ambulatorio per la cura delle malattie urinarie, che già funzionava in via dei Riari e che fu chiuso durante il periodo bellico.

L'avv. Scotti, che ha provveduto personalmente, anche per il nuovo Ambulatorio, all'acquisto degli apparecchi di cura necessari, si è assicurata la volonterosa e disinteressata collaborazione di due egregi specialisti della capitale: il prof. dott. Gustavo Raimoldi e il comm. dott. Angelo Ascarelli.

Con l'istituzione del nuovo Ambulatorio saranno estesi ad un gran numero di malati i benefici della Policonsulenza « Vittorio Emanuele III », che da anni sotto la direzione del prof. comm. Francesco Giannuli, coadiuvato dai sanitari addetti alle varie specialità, compie opera efficace di cura e di assistenza a vantaggio non solo dei poveri, ma anche della popolazione meno abbiente.

Consultorio per le malattie reumatiche a Madrid.

Il Comitato Spagnolo della Lega internazionale contro il reumatismo ha incaricato il dott. Blanco Soler di organizzare a Madrid un consultorio pubblico gratuito per le malattie reumatiche. Il Comitato provvederà alla pubblicazione di un foglio volante di propaganda, sull'importanza attuale delle malattie reumatiche e della loro cura.

Ambulatorio scolastico a Rio de Janeiro.

Un grandioso ambulatorio medico scolastico è stato istituito nell'8° distretto; comprende numerose Sezioni: antropometria, laboratorio di analisi, radiologia, clinica medica, oto-rino-laringologia, dermatologia; sono affidate a medici competenti; vi sono anche addette 5 infermiere stabili, 3 segretarie, 2 inservienti, ecc. La frequenza media è elevatissima: di 320 alunni al giorno.

Lotterie benefiche.

Nel periodo 1° gennaio 1932-30 giugno 1933 sono autorizzate, tra altre, le seguenti lotterie o tombole: Senigallia, a favore della Federazione delle Opere Pie, per l'importo di L. 4.500.000; Catania, a favore dell'Ospedale Vittorio Emanuele, per l'importo di L. 4.000.000; Aquila e Avezzano, a favore degli Ospedali Civili, tombola abbinata per lire 4.000.000; Enna, a favore della Congregazione di Carità, per l'Ospedale Civile Umberto I e per l'Orfanotrofio che da essa dipendono, per L. 4.000.000.

Per la riforma degli studi medici in Francia.

Il Ministero francese della Pubblica Istruzione ha diretto alle Facoltà e Scuole di medicina un questionario concernente i vari progetti elaborati per la riforma degli studi medici in seno al Comitato consultivo dell'insegnamento superiore, Sezione di medicina e farmacia.

Nella stampa medica.

Hanno sospeso le pubblicazioni gli « Annali di Clinica Medica e di Medicina Sperimentale », glorioso periodico diretto dal prof. Liborio Giuffrè. Esso ha ospitato in gran copia, per molti anni, contributi scientifici sia clinici che sperimentali.

Il prof. Arce.

La Facoltà medica di Parigi ha deciso d'invitare il prof. José Arce, clinico chirurgo di Buenos Aires, a tenere una serie di conferenze presso la detta Facoltà. Le conferenze avranno luogo nel grande Anfiteatro, dopo che il prof. Arce avrà partecipato al Congresso internazionale di chirurgia indetto a Madrid.

Crociera nordica.

Una spedizione turistica è stata organizzata dalla « Revue générale des sciences » nel mondo polare: è diretta allo Spitzberg e alla banchisa. Durerà dal 28 luglio al 21 agosto; avrà luogo a bordo della lussuosa nave-yacht « Prince Olav ». Per informazione rivolgersi alla segreteria dell'« Association de la Presse Médicale Française », rue du Cherche-Midi 23, Parigi.

Anniversario di laurea.

I medici-chirurghi laureati all'Università di Bologna nel 1907, che desiderano festeggiare il 25° anniversario di laurea, sono pregati di mandare la loro adesione al dott. Giuseppe Barbieri, Pesaro.

Verrà stabilita in seguito e comunicata agli aderenti la data precisa della riunione, la quale avverrà probabilmente nel prossimo maggio.

Truffa farmaceutica.

Il dott. G. Toni, farmacista capo del Civico Ospedale di Mantova, trattando una nota specialità medicinale da venti anni vantata, potè accertare che contiene l'elemento medicamentoso principale calcio) in proporzioni incirca cinque volte minori di quelle dichiarate sulla scatola di vendita; riconobbe pure la mancanza di altri componenti, falsamente denunciati. Della cosa è stata investita l'autorità giudiziaria. Frattanto, in seguito ad ulteriori accertamenti, con decreto ministeriale in data 5 gennaio, si è vietata la vendita e si è ordinato il sequestro del prodotto farmaceutico (soluzione policalcica speciale Carobbio).

Un marito condannato per non aver fatto curare la moglie.

Alla Corte d'appello di Montpellier si è avuto l'epilogo di un penoso processo. Un marito aveva contaminato la moglie; era insorta una salpingo-ovarite. Egli non fece nulla per la cura, anzi aggravò lo stato, con sevizie morali, chiedendo il divorzio, e fece passare il tempo utile per un intervento operativo. La moglie avanzò contro-domanda di divorzio e chiese 30.000 franchi di danni. Un mese dopo ella decedeva. I genitori di lei hanno ripreso l'azione civile. Il tribunale in prima istanza respinse la richiesta, basandosi sulla considerazione che il pregiudizio recato alla donna per le cure mancate era personale e si estingueva con la morte; invece la Corte d'appello ha riconosciuto legittima l'azione giudiziaria ed ha accordato ai genitori 10.000 franchi di danni-interessi.

Telegrammi benefici.

Vennero introdotti alcuni anni or sono in Svezia, il cui esempio fu seguito dalla Svizzera e, più recentemente, dal Belgio. I moduli di questi telegrammi, detti « di lusso », sono artisticamente decorati ed importano una piccola sopratassa (attualmente fr. 2,50 nel Belgio); il pubblico ha preso l'abitudine di servirsene in occasione di avvenimenti fausti; i proventi, detratte le spese ed una lieve percentuale all'amministrazione delle poste e all'agente che riceve e trasmette il telegramma, vanno ad opere benefiche: invalidi e orfani di guerra, infanzia, lotta contro la tubercolosi ecc. Nel Belgio entrarono in vigore il 31 luglio 1925; si calcola che attualmente rendano un milione di franchi l'anno.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Riv. di Patol. nerv. e ment., mag.-giu. — G. G. NOTO. Aracnoidite cistica cerebellare con idrocefalo del IV ventricolo. — A. MARI. Variazioni del quadro istopatologico della paralisi p. in seguito alla malarioterapia.

Ann. di Med. Nav. e Col., sett.-ott. — G. GELONESI. La malaria nel Benadir. — GRECO. Enzimoreazione in rapporto all'epilessia.

Arch. Méd.-Chir. App. Resp. ecc., 3. — I. MORIN e al. Collassoterapia polmon.

Brit. Med. Journ., 31 ott. — E. WESTSON WILLIAMS. Fratture nasali. — W. SUSMAN. Compito del corpo pituitario nell'eziologia del cancro.

Mediz. Welt, 31 ott. — MULZER. Il problema del bismuto. — K. HERRMANN. Intossicaz. nicotinica.

Münch. Med. Woch., 30 ott. — JAMIN. Microscopia capillare sul letto ungueale. — MILBRADT. Crisi nitroidi e dermatiti da salvarsan.

Presse Méd., 28 ott. — M. VILLARET e al. Asinergie circolatorie.

Journ. A. M. A., 10 ott. — S. AMBERG. Nefrosi. — F. A. EVANS e J. M. STRANG. Trattam. dell'obesità con dieta a bassa termogenesi.

Studium, 1 ott. — BONGIOVANNI. Febbre esantematica del Mediterraneo.

Riforma Med., 19 ott. — M. EINHORN. Cardiospasmo e dilataz. dell'esofago. — V. M. PALMIERI. Le cause più frequenti di morte improvvisa. — S. CALABRESE. Postumi di pleuro-pericardite simulanti « situs cordis inversus ».

Minerva Med., 27 ott. — M. BERMOND. Colecistografia endovenosa.

Folia Med., 15 ag. — S. TECCE. Influenza delle sostanze simpatico e parasimpatico-mimetiche sull'equilibrio acido-basico.

Arch. Mal. Reins ecc., 2. — A. VANCURA. Permeabilità dei capillari nelle malattie del cuore e dei reni. — E. PAPIN. Dolore renale.

Practitioner, nov. — Numero sull'artritismo e le artriti.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 ott. — Numero sulla tbc.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 25 ott. — E. GATTO. Associaz. di scarlattina e morbillo.

Med. Klinik, 30 ott. — H. WENDT. Linfoadenosi benigne. — W. MAAS. Sepsi e colangite.

Presse Méd., 31 ott. — L. BERNARD e J. PARAF Nefrite idropigena tubercolare e nefrosi lipoidica.

Japanese Jour. Med. Sc., VIII (*Intern. Med. Sc.*), ag. — J. OGAWA. La reazione dei tessuti. — K. SATÒ. Studi farmacologici sulle coronarie.

Nation. Med. Journ. China, ag.-ott. — Numero di parassitologia (macro- e microparassitismo).

Journ. Med. Ass. South Afr., 10 ott. — S. F. SILBERBAUER e G. J. JOUBERT. Stitichezza.

Journal A. M. A., 24 ott. — E. ALLEN. Attività endocrina dell'ovaia. — F. P. GAY. Resistenza dei tessuti e immunità. — A. F. CICA. Malattie allergiche. — J. RUHRAH. Trattam. della poliomielite.

Amer. Jl. Obst. a. Gyn., ott. — E. C. DODDS. Importanza clinica degli ormoni sessuali. — S. H. GEISH. Morfologia del sangue mestruale e sua importanza diagnostica. — L. A. CALKINS e al. La lunghezza del travaglio.

Revue Neurol., ott. — Resoconto del Congresso neurologico internaz.

Arch. f. Sch.- u. Tr.-Hyg., nov. — E. MARTINI, A. MISSIROLI e L. W. HACKETT. Razze di « Anopheles maculipennis ».

Journ. A. M. A., 17 ott. — P. H. LONG e al. Eziologia dell'influenza. — W. V. MULLIN e G. C. LARGE. Leucociti filamentosi; valore pronostico.

Amer. Journ. Cancer, ott — H. M. CLUTE e S. WARREN. Cancro della tiroide. — C. A. REA. Cancri del testicolo. — G. CRILE e al. Natura fisica della cellula cancerosa. — K. SUGIURA e S. R. BENEDICT. Effetti delle iniez. di tessuti cancerosi riscaldati sulla resistenza al cancro. — M. SYLE, C. C. LITTLE. Eredità del cancro.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XXXIX Roma, 8 Febbraio 1932 - X N. 6

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ARCISPEDALE DEL SS. SALVATORE AD SS. SSRUM presso S. GIOVANNI IN LATERANO - ROMA.

I Sezione. Primario: Prof. P. CIUFFINI.

La deformabilità pupillare segno di morte reale.

Dott. LANFRANCO TONELLI, aiuto medico.

Il problema della morte reale od apparente e dei segni che ne permettano la sicura differenziazione è uno dei più antichi e tormentosi.

La morte apparente sta come uno spettro vero nella mente di molti profani, ma assume lo stesso aspetto pauroso anche di fronte ai giovani medici specie in occasione delle prime constatazioni di decesso di cui vengano richiesti.

I segni della morte reale sono infatti molti, si può dire però tutti scarsamente sicuri, almeno quelli di uso comune. Gli studiosi perciò in ogni tempo si sono sforzati di trovare dei mezzi magari complessi che valgano a dare se non il definitivo, almeno il massimo grado possibile di sicurezza.

Ma questi mezzi sono il più di sovente indaginosi e, sta di fatto, non vengono applicati mai nella pratica corrente; tanto è vero che purtroppo, se si vuole proprio confessare la verità, si sarà costretti a riconoscere che nella stragrande maggioranza dei casi le constatazioni di decessi vengono fatte un po' rapidamente basandosi più sul buon senso pratico che su esatte indagini scientifiche.

Per lo più tutto si limita all'ascoltazione del cuore; all'indagine dell'abolizione della respirazione, magari con il solito specchietto posto innanzi al cavo orale; al rilievo dell'assenza di stasi sanguigna nella parte di un arto posta al di sopra di una legatura; all'esame delle flittene prodotte causticando la cute; ad un esame generale dell'aspetto del paziente, allo stato di raffreddamento del suo corpo e poi alla comparsa della rigidità cadaverica.

E... siamo sinceri, spesso tutto ciò neppure si fa. Che dire poi dei metodi più scientifici quali quello della iniezione di fluorescina

proposta da Icard, e delle indagini col tanatometro del Vasse e col necrometro del Bouchut che molti neppure conoscono!?

In vero la non applicazione di questi metodi dipende in gran parte dalla scarsa fiducia che essi ispirano. Tutti gli AA. che si sono occupati dell'argomento sono concordi infatti nel ritenere che non esista alcun segno sicuro della morte reale, eccetto la putrefazione estesa.

È con questi fondamentali concetti nella mente che al principio della mia carriera ospedaliera mi accinsi, otto anni or sono, alle prime constatazioni di decessi che negli ospedali sono attribuzioni dell'assistente.

Era logico e spontaneo il fatto che nella incertezza grande dei segni, nella difficoltà od addirittura impossibilità di applicare i più sicuri io cercassi, fin dal principio, di tracciarmi una linea di condotta che, se non valeva a darmi la prova assoluta scientifica, inesistente, per lo meno avesse valso a concedermi una completa tranquillità morale di avere espletato il meglio possibile la constatazione della realtà della morte.

Oltre alle solite, direi quasi rituali constatazioni dell'arresto del polso, della cessazione del respiro e dei battiti cardiaci, basate sui mezzi usuali, mi parve, fin dal principio, che la maggiore tranquillità mi derivasse dall'attenta osservazione del globo oculare.

Lo stato degli occhi infatti, il loro sprofondamento, la formazione di un velo viscoso sulla cornea, la sparizione della trasparenza dal loro centro, una certa vacuità della camera anteriore danno agli occhi una tale modificazione globale, quasi una scomparsa di luce che empiricamente sembra dare la sicurezza della morte.

Fu così che presi anche l'abitudine di controllare lo stato degli occhi con la pressione pluridigitale avendo notato nei cadaveri una manifesta ipotonia del globo oculare. Orbene nell'eseguire questa manovra mi accorsi che con la pressione bilaterale sul globo oculare la pupilla nei cadaveri assumeva una forma ovale lasciandosi deprimere nel senso della forza premente sul globo, e che con la pressione trilaterale la pupilla diveniva irregolarmente triangolare. E così presi quasi automaticamente l'abitudine di controllare questa deformabilità della pupilla senza dare gran valore al segno.

Stando così le cose nel dicembre 1924, essendo stato invitato da un vecchio e praticissimo infermiere del Sanatorio Umberto I°, a constatare il decesso di un malato della mia corsia, vecchio tubercoloso polmonare ulceroso bilaterale e laringeo, trovai indubbi segni di morte, però notai come la pupilla non fosse deformabile con nessuna pressione. Le pressioni più energiche in qualsiasi direzione su ambo i globi oculari non riuscivano a modificare la perfetta rotondità della pupilla. Notai con un po' di meraviglia il caso ma non vi feci peso eccessivo; senonchè mentre mi tratteneva a chiacchierare con il Sorvegliante ospedaliero intanto che gli infermieri eseguivano il regolamentare spoglio del cadavere, sentimmo un profondo respiro e ci accorgemmo che il... presunto cadavere era ancora un uomo vivente.

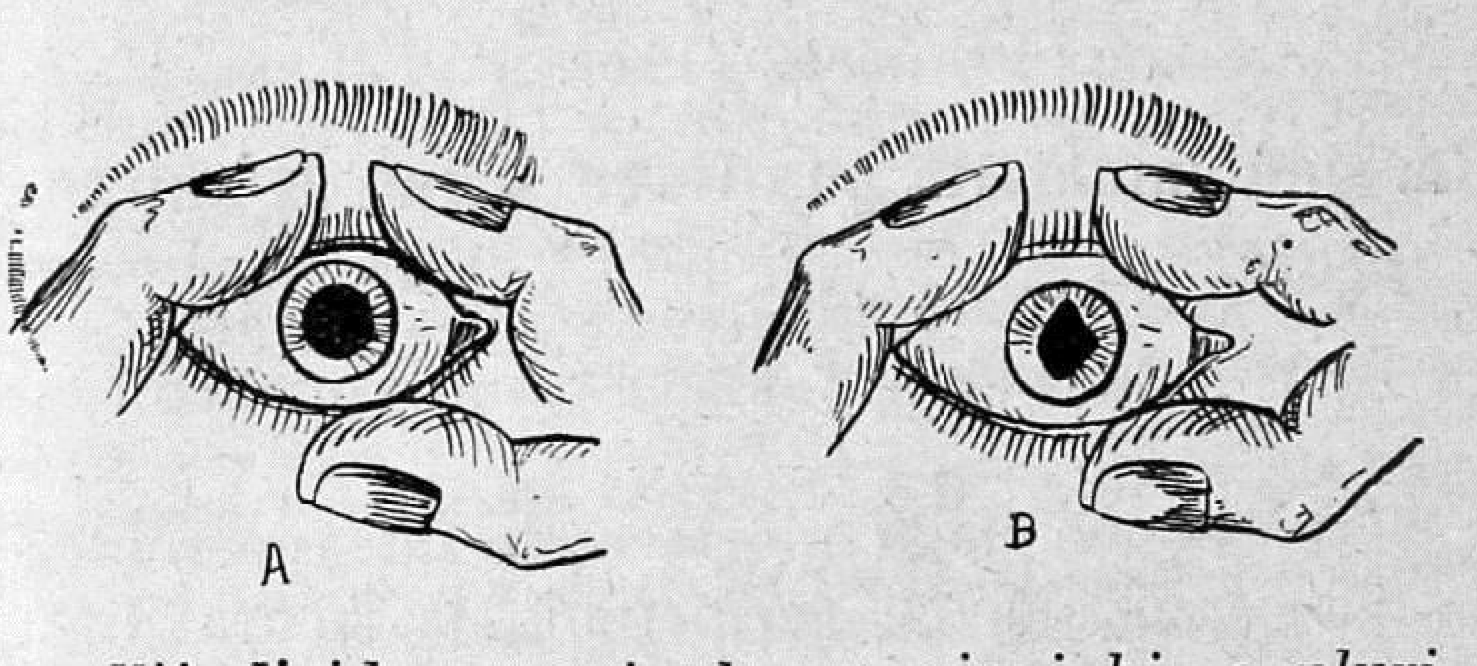
Il paziente visse altri dieci giorni poi il male lo uccise e potei constatare, appena morto, la netta e chiara deformabilità delle pupille...

Il caso non poteva non richiamare maggiormente la mia attenzione e da allora cercai sistematicamente in quanti più cadaveri potei il segno della deformabilità pupillare *post mortem*.

Oggi credo opportuno pubblicare i dati da me raccolti.

⁂

Il segno della deformabilità pupillare post mortem è chiaro e di semplice ricerca. Esso è dimostrato chiaramente nella figura 1ª e cioè: *nell'individuo vivente o in stato di morte apparente le pressioni anche energiche esercitate con le dita su due o più lati del globo oculare non riescono assolutamente a modificare la forma rotonda della pupilla* (fig. 1ª):



nell'individuo morto le pressioni bi- o plurilaterali esercitate sull'occhio, anche in grado modico, provocano facili e ben visibili deformabilità dei contorni pupillari, le pupille divenendo ovali, triangolari, poligonali, etc., a seconda della direzione delle pressioni esercitate (fig. 1 b).

Dalla tabella 1 risulta che su 649 individui morti per le malattie le più svariate, che per brevità ho riunite in undici gruppi, in tutti e 649 casi di morte reale ho potuto riscontrare presente (+ + +) il segno della de-

TABELLA I.

Serie	Causa mortis (morti reali)	N. dei casi	Pupille deformabili	Pupille non deformabili
a	Malattie apparato respiratorio (broncopolmoniti, polmoniti, empiemi, tbc., cisti, tumori, etc.)	192	192 + + +	0 — — —
b	Malattie apparato circolatorio (cardiopatie, arteriosclerosi, aneurismi, etc.)	90	90 + + +	0 — — —
	Malattie apparato circolatorio (embolie morti improvvise, etc.)	20	20 + + +	0 — — —
c	Malattie del sistema nervoso (emiplegie, sclerosi a placche, tumor cerebri, etc.)	85	85 + + +	0 — — —
d	Malattie del fegato (cirrosi, tumori, cisti, etc.)	40	40 + + +	0 — — —
e	Malattie dell'apparato urinario (nefriti, tbc., tumori, pionefrosi, calcolosi gravi, etc.)	60	60 + + +	0 — — —
f	Malattie del sangue (anemia di Biermer, leucemie, etc.)	10	10 + + +	0 — — —
g	Malattie infettive	90	90 + + +	0 — — —
h	Malattie accidentali (traumi)	16	16 + + +	0 — — —
	Malattie accidentali (avvelenamenti: sublimato, veronal, etc.)	5	5 + + +	0 — — —
i	Malattie del ricambio (diabete)	8	8 + + +	0 — — —
l	Malattie gastro-intestinali (enterocoliti infantili, o croniche degli adulti, tumori, etc.)	26	26 + + +	0 — — —
	Malattie gastro-intestinali (melena od ematemesi per ulcere)	3	3 + + +	0 — — —
m	Malattie della pelle (Morbo di Durhing, pemfigo, eritrodermia desquamativa)	4	4 + + +	0 — — —
	Totale . . .	649	649 +	0 —

formabilità pupillare. Esso è *indiscutibilmente presente nel* 100 *per* 100 *dei casi;* di più da questa tabella si ricava che la malattia *causa mortis* è perfettamente indifferente nella produzione del fenomeno essendo stato riscontrato persino in tutti i casi di malattie del sistema nervoso (ben 85 in tutto) in molti dei quali è evidente, in vita esistevano alterazioni pupillari, come anisocorie, rigidità, etc. Orbene queste furono assolutamente incapaci di annullare il fenomeno della deformabilità pupillare che fu sempre presente *post mortem*. Si rileva anche che il sesso non ha alcuna influenza sul segno, come pure l'età che ebbe tutte le sue rappresentanze, da quelle dei primi anni (enterocoliti infantili) alle senilità più alte.

La costanza assoluta del segno non può non avere altissimo valore specie se si paragona con l'assenza assoluta del fenomeno nei casi di morte apparente che ho elencati nella seconda tabella.

TABELLA II.

Serie	Causa della morte apparente	N. dei casi	Pupille deformabili	Pupille non deformabili
a	Sincope per narcosi cloroformica o eterea	4	0 + + +	4 — — —
b	Sincope per iniezione Neosalvarsanica	1	0 + + +	1 — — —
c	Tbc. polmonare ulcerosa e laringea	1	0 + + +	1 — — —
	Totale . . .	6	0 +	6 —

Da questa si nota come i 6 casi di morte apparente (con arresto del polso e respiro, e con tutti gli altri segni usuali di decesso) che ho potuti riscontrare nella mia pratica, tutti e sei han presentato nettamente assente il segno della deformabilità pupillare.

Si tratta di quattro casi gravissimi di sincope per narcosi cloroformica nei quali l'operatore e narcotizzatore si guardavano in volto terrificati credendo che realmente il paziente fosse deceduto, e continuavano nelle pratiche di respirazione artificiale e nelle iniezioni eccitanti solo perchè così è buona regola fare. In uno dei casi fu anzi eseguita la iniezione intracardiaca di adrenalina. Orbene in questo spaventoso quadro solo la non deformabilità della pupilla restava a rassicurarmi della persistente vita del paziente.

Il quinto caso riguarda una grave sincope seguita immediatamente ad una iniezione di 0,45 di neosalvarsan in un paziente che aveva tollerato bene le dosi minori, ma che poi riferì che cinque anni prima, a Napoli, aveva avuto lo stesso fenomeno per un altro 0,45, tanto che il medico suo di allora lo aveva avvertito che se avesse rifatto quelle iniezioni sarebbe morto. Ma egli, sifilofobo all'eccesso, credendo che solo le endovenose potessero guarirlo, aveva taciuto il precedente incidente disposto a tutto arrischiare pur di guarire. Vi fu immediata perdita della coscienza, cianosi spiccatissima, spaventosa generalizzata, frigidità massima, scomparsa assoluta del polso e del respiro, la pupilla persistette assolutamente indeformabile sotto le pressioni più energiche; unico segno rassicurante di vita che mi riuscì di obiettivare nel terribile quadro che cedette dopo tre minuti ad una endovenosa di adrenalina.

Il sesto caso è quello già citato del tubercoloso polmonare ulceroso bilaterale che al Sanatorio Umberto I° mi permise nel 1924 la prima constatazione della non deformabilità pupillare in caso di morte apparente ed è classico come caso del genere.

Non posso non riconoscere che sei casi sono invero pochi, ma si dovrà tenere presente che i casi di morte apparente non possono essere certo frequentissimi!, e poi se si tiene conto della assolutamente costante positività del segno nei casi di morte reale (649) e della assoluta negatività di esso in quelli che ho potuto osservare di morte apparente, il segno si presenterà certo di alto valore.

Si potrebbe ancora obiettare che siccome i casi di morte apparente non si sono protratti che per pochi minuti, in essi il segno non abbia avuto tempo a manifestarsi per la brevità dell'osservazione.

Ciò sarebbe vero se il segno fosse tardivo nella sua comparsa nei casi di morte reale, ma per ovviare a questa obiezione, e per meglio indagare il fenomeno ho voluto studiare

TABELLA III.

N.	Nome e malattia causa mortis	Constatazioni in vita			Ora della morte	Constatazioni post-mortem			
		1	2	3		1	2	3	4
1	G. M.: Polmonite crupale lobo sup. D. infer. S.	—	17,18 —	18,20 —	18,30	18,30 +	20,30 +	8 +	10 +
2	S. T.: Coma apoplettico . . .	—	—	—	20,15	20,15 +	8 +	10 +	11,30 +
3	F. R.: Tifo addominale	—	8 —	8,20 —	8,25	8,25 +	9 +	10 +	19,30 +
4	L. S.: Tifo addominale	8 —	9 —	10,45 —	11	11 +	15,30 +	16 +	8 +
5	R. D.: Vizio composto della mitrale	—	—	—	8,50	8,50 +	9 +	10 +	17 +
6	A. L.: Tbc. polmonare e laringea	16 —	16,30 —	17,15 —	17,43	17,45 +	18 +	8 +	11 +
7	C. I.: Morbo di Durhing . . .	15 —	18,30 —	—	18,45	18,45 +	19 +	8 +	12 +
8	S. C.: Broncopolmonite influenzale	—	11 —	11,20 —	12,07	12,07 +	8 +	12 +	—
9	C. A.: Ematemesi p. ulcera gastrica	5,30 —	6 —	7 —	7,35	7,35 +	8 +	12 +	7 +
10	G. G.: Diabete, Empiema D. (operato)	8 —	—	—	16,18	16,18 +	16,30 +	20 +	8,30 +

l'epoca della comparsa della deformabilità pupillare dopo il decesso.

Questo studio accuratamente eseguito in dieci casi in cui potei ripetere varie volte la constatazione dell'assenza del fenomeno prima del decesso, e della sua presenza dopo di questo, in varie ore (vedi tabella III[a]) mi ha permesso di rilevare in modo sicuro come la deformabilità pupillare compaia immediatamente, anzi coincida cronometricamente con quell'istante in cui si può, per gli altri segni fare diagnosi di morte. Questa immediatezza del fenomeno rende insussistente la obiezione sopra ricordata.

Dallo studio orario del fenomeno della deformabilità pupillare risulta: prima, la sua immediata comparsa dopo la morte, secondo la sua persistenza costante ed immutabile per almeno 24 ore dopo il decesso. Ciò è più che sufficiente a valorizzare il segno per la diagnosi precoce e a dare ad esso notevole importanza anche in quei casi in cui si giunga presso un cadavere varie ore dopo il reale o presunto decesso.

Nell'accuratissima indagine che ha istituita sulla bibliografia dell'argomento dei segni della morte, che richiede un tempo ed un lavoro veramente impressionante per la mole enorme da essa raggiunta (vedi bibliografia) ho trovato appena citato nel *Giornale di Medicina Militare* del febbraio 1881 che un certo Sign Joll di Londra, non meglio identificato avrebbe rilevato il rilassamento dell'iride nella morte reale. Si tratta con quasi sicurezza di quello che io chiamo il fenomeno della deformabilità della pupilla *post mortem*. Purtroppo non mi è stato possibile rintracciare il lavoro originale che non è neppure citato.

In ogni modo la maggior parte dei medici anche assai colti che ho potuti interrogare ignoravano del tutto il segno ed in pratica nessuno mai, che io mi sappia, lo applica. Per questo solo, poichè sono convinto che nella incertezza massima dei segni della morte reale nulla debba essere trascurato, ho creduto bene richiamare con questo studio l'attenzione sul fenomeno che per me è sicurissimo, utile, costantemente presente e quindi di indubbio valore sì da dovere, anche per la sua facilità di ricerca, essere accolto nella pratica corrente da quanti per ufficio devono constatare decessi.

È così risolto il problema di trovare il segno sicuro della morte reale da centinaia di anni ricercato?

Rispondo con due leggi, una di fisiologia ed una di clinica: 1) La morte non è un istante, ma un processo che si svolge lentamente nelle varie parti del corpo e neppure contemporaneamente in tutte. 2) In medicina non esistono sintomi patognomonici, ma la importanza di ciascuno di essi è in diretto rapporto con la frequenza con la quale è possibile rilevarlo.

RIASSUNTO.

L'A., sulla base di 655 osservazioni richiama l'attenzione sul valore pratico del segno della deformabilità pupillare come indice di morte reale.

(Consegnato in Redazione il 10 nov. 1931).

BIBLIOGRAFIA.

1) BONIFACE. *De l'incertitude des signes de la mort.* Thèse de Paris, 1875.
2) BOUCHUT. *Traité des signes de la mort.* 3[a] éd., 1883.
3) BOURGEOIS. *Observations et considérations pratiques qui établissent la possibilité du retour à la vie.* Arch. gén. de Méd., 1829.
4) BROWN-SÉQUARD. *Extraordinary prolongation of the principals acts of life after cessation of respiration.* Arch. de Physiol. norm. et patol., vol. VI, p. 8388, Paris, 1879.
5) BRUHIER J. J. *Disertation sur l'incertitude des signes de la mort.* Vol. 2, Paris, 1745.
6) CHAMPNEUF. *Mort apparente et dangers des inhumations précipitées.* Thèse de Paris, 1832.
7) COOPER M. *Uncertainty of the signs of death.* London, 1746.
8) COLLONGUES. *Le bioscope, ses applications à la physique etc.*, 1874.
9) DELL'ACQUA F. *La morte vera e la morte apparente.* Hoepli, 1897.
10) D'HALLUIN. *Contribution à l'étude des signes de la mort.* (*Rubefaction provoquée du globe oculaire*). Compt. rend. Soc. de Biol. de Paris, 7 aprile 1906.
11) DE LA BOISSIÈRE F. *Lettere sopra la certezza dei segni della morte.* Trad. dal francese, Roma, 1783.
12) DE FONTENELLE G. *Recherches médico-légales sur l'incertitude des signes de la mort.* Paris, 1834.
13) DESCHAMPS M. *Du signe certain de la mort.* Paris, 1854.
14) ID. *Précis de la mort apparente.* Paris, 1841.
15) DESESSARTS. *Discours sur les inhumations précipitées lu à la Soc. Pub. des Lycées des Arts le 9 pluviose.* An. VI, 1797.
16) HEIDMANN. *Mezzo per distinguere la morte reale dalla apparente.* Vienna, 1814.
17) DEVERGIE. *Des signes de la mort.* Ann. d'Hygiène, S. 2, 41, 1872.
18) HUFELAND. *L'incertezza della morte e l'unico infallibile mezzo per accertarsi della realtà di essa.* Francoforte, 1791.
19) ICARD SEVERIN. *La mort réelle et la mort apparente.* Paris, Alcan, 1897.
20) ID. *Le danger de la mort apparente sur les champs de bataille.* Vol. di pag. 150, Paris, Maloine, 1905.
21) ID. *De la constatations des decédés en temps*

d'épidémie. Annal. d'Hygiène publ. et méd. lég., ottobre 1904, pag. 326.

22) ID. *De la vérification des décés dans les hôpitaux*. Arch. Gén. de Méd., 1905.
23) ID. *Le signe médical et le signe vulgaire de la mort réelle*. Marseille, 1906.
24) ID. *La constatation des décès dans les hôpitaux*. Paris, Maloine, 1910.
25) KIRCHMAIER TH. *Elegantissimum ex physicis thema de hominibus apparenter mortuis*. Wittenbergae, 1670.
26) KNOPSTÜCK ROWEL. *Absolut sicher Verhütung des lebending Begraben werdens durch Behandlung des Toten mit Kälte, Finstenis und Einsamkeit*. Dresden, 1902.
27) LABORDE J. V. *Le signe automatique de la mort réelle*. Paris, 1900.
28) ID. *Signe de mort tiré de l'inoxydation des aiguilles d'acier piquées dans les tissus*. Union Médical, 1870.
29) LEVASSEUR P. *De la mort apparente et les moyens de la reconnaître*. Rouen, 1866.
30) ID. *De la catalepsie au point de vue du diagnostique de la mort*. Rouen, 1866.
31) MENGHIN J. *Disertatio de incertibus signorum vitae et mortis*. Vienna, 1768.
32) MONTEVERDI A. *Nota su di un mezzo semplice di distinguere la morte vera dalla apparente*. Cremona, 1874.
33) OLAZ A. G. *De signis mortis non solute explorandis*. Lipsia, 1767.
34) PAROT. *De la mort apparente*. Paris, Thèse, 1860.
35) STEINFELD J. C. H. *De signis mortis diagnosticis dubiis caute admittendis*. Jena, 1788.
36) STRUVE. *Lo sperimentatore della vita, ossia l'uso del galvanometro per distinguere la morte reale dalla apparente*. Hannover, 1805.
37) TORGIONI TAZZETTI. *Raccolte di teorie, osservazioni e regole per ben distinguere la morte apparente*. Firenze, 1776.
38) TOZER BASIL. *Premature burial and the only true signs of death*. Nine teenth Century, vol. 62, 1907.

N. B. — Sono stati elencati solo i lavori più antichi che è assai difficile trovare citati. Il rimanente della letteratura più moderna si può rintracciare, completa ed estesissima, nell'*Index Medicus*.

NOTE E CONTRIBUTI.

Istituto di Clinica Chirurgica della R. Università di Roma.
Direttore: Prof. R. ALESSANDRI.

Contributo clinico-sperimentale alla narcosi basale avertinica

per il dott. GIUSEPPE LA CAVA.

Uno dei problemi che ancor oggi interessa la pratica chirurgica è sicuramente il problema della narcosi.

Per quanto sia ormai trascorso un secolo dalla prima applicazione della narcosi in chirurgia pure il problema rimane sempre aperto e le discussioni e le opinioni in proposito sono più che mai accese e disparate. Eppure notevoli progressi in questo campo si sono compiuti e la tecnica dell'anestesia generale e locale si è molto migliorata. Difetta però ancora quello che si potrebbe chiamare il narcotico ideale, quello che possiede tutti i vantaggi delle narcosi finora in uso senza averne gli inconvenienti.

È logico dunque che, mancando un tale narcotico, si sia cercato per mezzo di azioni combinate, di avvicinarsi quanto più è possibile alla narcosi ideale. E si è così pensato di preparare con oppiacei il malato che deve subire la narcosi, di evitare il trauma psichico legato alla visione della sala operatoria iniziando la narcosi al di fuori di questa, di limitare la sgradevole impressione causata dal narcotico introducendolo nell'organismo per altra via che non quella della inalazione. È così che si ebbero i primi tentativi di narcosi rettale. Questi primi tentativi furono iniziati dal Roux nel 1846 con soluzione acquosa di etere ma furono ben presto abbandonati a cagione delle lesioni che questa soluzione arrecava alla mucosa intestinale.

Non migliore fortuna ebbero i tentativi fatti in seguito da Pirogoff (1847) e da Gwathmey (1913).

Tuttavia i vantaggi offerti dalla narcosi rettale — facile applicazione, mancanza quasi assoluta di fenomeni di eccitazione e di complicazioni polmonari — indussero a riprendere i tentativi: fu Eichholtz il primo che riconobbe nel *tribromoetanolo* (*Avertina*) le proprietà richieste ad un narcotico rettale e che ne rese possibile l'utilizzazione nella pratica terapeutica.

Scopi delle nostre ricerche. — Si è accumulato sull'Avertina un enorme materiale bibliografico. Appare impossibile nè si ritiene opportuno riferirne singolarmente. Dato uno

sguardo di insieme, si ha l'impressione come tale metodo di narcosi — sopratutto se limitato ad una *narcosi basale* — prenda sempre più piede, per poco che l'assistenza diretta degli infermi sia affidata a personale sufficientemente addestrato. Questa limitazione — d'altra parte — è la premessa delle applicazioni qui riferite. Non si cercò mai — aprioristicamente — di ottenere più di una « narcosi base ».

Per queste ragioni lo studio di ogni singolo ammalato è stato esteso al più gran numero di ricerche per lo più tralasciate da altri AA. onde ne scaturissero quegli accorgimenti che rendessero più facilmente accessibile tale specie di narcosi, ciò che non ci ha permesso di compiere, come avremmo voluto, un numero rilevante di narcosi. In modo particolare sono stati studiati il « metabolismo basale », la funzionalità epatica, il tempo di emorragia. Riportiamo per brevità una tabella riassuntiva, tralasciando di riportare per esteso i protocolli di ciascun caso studiato.

I casi studiati possono essere variamente raggruppati a seconda dei vari elementi considerati:

Età:

Anni	Casi
1-10	0
10-15	1
16-20	5
20-25	12
25-30	7
30-35	3
35-40	5
40-45	4
45-50	1
50-60	1
60-70	2

La considerazione della età è importante in quanto essa è uno dei criteri per il dosaggio individuale dell'Avertina: infatti la dose necessaria sia alla narcosi basale, che alla totale è molto più alta nei bambini che negli adulti e più alta negli adulti che nei vecchi. Quanto ai nostri casi possiamo dire che mentre nel paz. più giovane (a. 15, caso n. 33) la dose di 0,10 bastò per ottenere una buona narcosi basale come in un adulto, nel paz. più vecchio (a. 62, caso n. 31) una dose di 0,08 fu sufficiente a raggiungere narcosi totale profonda.

Intervento: mammella 1, ernie 13, resez. gastr. 5, colecistectomia 2, gastroenterostomia 2, idrocele 2, craniotomia 2, appendicectomia 9, laparotomia espl. 1, arti 2, ernia epigastrica 1, cistotomia sovrapubica 1, plastica vaginale 1.

Peso. — Quando il peso era eccessivo, così come nei casi 1, 10, 19, si sono somministrate dosi minori (0,07) di quella abituale (0,10) col proponimento di aggiungere altra Avertina qualora ve ne fosse stato bisogno.

Condizioni generali. — Delle condizioni generali si teneva conto eliminando i malati che fossero giunti ad uno stato grave di cachessia o diminuendo la dose in quelli che apparivano in stato di nutrizione scadente.

Dose. — In quanto alla dose essa fu spesso di 0,10 per kg. (26 casi) dose che si può ritenere sufficiente per una narcosi basale. Fu inferiore a 0,10 per kg. (12 casi) nei casi in cui o il peso superava i 70 kg. o le condizioni generali del paz. non erano buone, o si trattava di paz. in età avanzata.

Fu superiore a 0,10 per kg. nei casi in cui con il primo clistere (con la dose di 0,10 per kg.) non si era ottenuta nemmeno la narcosi basale (caso 19, caso 22).

Con tale precauzione si può evitare un pericolo di iperdosaggio.

Anestesia aggiunta. — Il narcotico aggiunto è stato necessario quasi sempre meno che in 4 casi.

Dai risultati ottenuti si può dedurre l'esattezza delle dosi somministrate, in quanto che la narcosi prefissa era la basale e non la totale. Tuttavia tali risultati non si raggiungono agevolmente, poichè essi sono legati alla valutazione di numerosi fattori dei quali alcuni prettamente subbiettivi. Conviene quindi che la narcosi Avertinica venga affidata costantemente ad una sola persona, la quale segua il malato sopratutto durante il periodo di sonnolenza morfinica.

Specie degli anestetici aggiunti. — Il narcotico aggiunto fu nella maggior parte dei casi (29) etere. La quantità di etere usata varia molto, sia per la varia durata delle operazioni sia per la profondità della narcosi basale.

La quantità di etere somministrata è stata in 9 casi superiore a 50 cc. ed in 20 casi inferiore a 50 cc. Una quantità di etere superiore a 50 cc. è stata necessaria in quei casi in cui il dosaggio di Avertina era stato chiaramente insufficiente oppure la durata della operazione era stata eccessivamente lunga.

In 7 casi si praticò l'anestesia locale con Novocaina e si ebbero risultati soddisfacenti senza cioè che il paziente reagisse eccessivamente agli stimoli dolorifici. In questa maniera si poterono compiere 2 reazioni gastriche ed una gastroenterostomia senza aggiungere affatto etere.

Negli ultimi due casi è stato somministrato come narcotico aggiunto etilene invece di etere.

Su questo nuovo tipo di narcosi mista Avertina-etilene vogliamo richiamare l'attenzione in quanto che essa ci è sembrata rispondere alle caratteristiche di una vera narcosi ideale. Infatti essa racchiude in sè tutti i vantaggi dell'Avertina e dell'etere senza gli inconvenienti legati a quest'ultimo.

TABELLA RIASSUNTIVA DEI CASI DI NARCOSI AVERTINICA.

N.	Nome	Intervento	Età	Peso	Preparazione	Dose Av.	Anest. agg.	Durata operazione	Risultato	Decorso post.
1	A. B.	Carcin. mamm.	58	85	Insuffic.	5 cc.	300 E.	2h	Negativo	Discreto
2	C. C.	Ernia	23	61	Morfina rit.	6 cc.	50 E.	50′	Buono	Normale
3	S. F.	Resez. gastrica	23	60	Id.	6 cc.	200 E.	4h 15′	Discreto	Normale
4	M. B.	Colecistectomia	40	55	Id.	4.5	100 E.	1h 15′	Discreto	Normale
5	F. G.	Gastrodigiunost.	39	66	Id.	6.6	5[illegible] cc. Nov.	1h 15′	Buono	Discreto
6	M. C.	Colecistectomia	41	6[illegible]	Id.	6.4	200 E.	4h	Mediocre	Discreto
7	M. A.	Ernia	22	64	Id.	6.4	50 Nov.	20′	Buono	Normale
8	P. S.	Idrocele	20	54	Id.	5.4	20 E.	1h [illegible]5′	Buono	Rit. ur.
9	R. B.	Resez. gastrica	34	55	Id.	5.5	20 E+50 Nov.	3h 25′	Buono	Discreto
10	C. L.	Craniotomia	24	85	Esatta	6.4	—	20′	Ottimo	Normale
11	G. M.	Laparotomia espl. appendicectomia	22	63	Morfina rit.	6.3	90 E.	1h	Mediocre	Lieve compl. bronco-polm.
12	C. S.	Gastroenterost.	26	56	Esatta	5.6	40 E.	1h 25′	Buono	Discreto
13	I. G.	Resez. gastrica	20	63	Id.	6.3	250 E.	2h 15′	Molto med.	Discreto
14	P. C.	Ernia bilaterale	25	53	Id.	5.3	40 Nov.	35′	Buono	Discreto
15	D. V.	Laparotomia espl.	22	63	Id.	6.3	40 Nov.	1h 15′	Buono	Rit. ur.
16	T. M.	Resez. gastrica	21	55	Morfina rit.	5 cc.	40 Nov.	2h 45′	Buono	Normale
17	M. F.	Ernia bilaterale	25	65	Id.	6.5	18[illegible] E.	30′	Mediocre	Normale
18	G. G.	Ernia	63	85	Esatta	7	50 cc. E.	1h 5′	Buono	Normale
19	L. A.	Craniotomia (tumore cerebr.)	28	68	Id.	5.5+2+2+1	—	1h 10′	Discreto	Normale
20	B. S.	Ernia bilaterale	24	60	Ritardata	6 cc.	50 cc. E.	1h 10′	Buono	Rit. ur.
21	D. F.	Appendicite	26	54	Id.	5.4	30 E.	35′	Buono	Normale
22	D. I.	Resez. gastrica	28	63	Id.	5.2	40 E.	2h 30′	Buono	Bronco-polm. grave in 2a giornata; guarigione
23	C. E.	Ernia	37	77	Esatta	7.7	—	non oper.	—	—
24	C. M.	Elefant. gamba	42	64	Id.	6.4	40 E.	1h 40′	Buono	Normale
25	M. E.	Ernia	40	77	Id.	7 cc.	50 E.	45′	Discreto	Normale
26	C. A.	Ernia	32	62	Id.	6.2	30 E.	35′	Buono	Discreto
27	G. A.	Appendicite	20	55	Id.	5.9	40 E.	40′	Buono	Normale
28	R. C.	Ernia bilaterale	24	69	Id.	7	30 E.	40′	Buono	Lieve compl. bronco-polm.
29	P. D.	Ernia epig. e inguinale	26	59	Ritardata	6	50 E.	1h 15′	Mediocre	Normale
30	R. M.	Appendicite	29	72	Morf. doppia	6.5	15 E.	40′	Ottimo	Normale
31	A. M.	Ernia	62	61	Id.	5 cc.	Nov. 10 cc.	25′	Ottimo	Normale
32	D. D.	Appendicite	18	51	Id.	5.1	40 E.	25′	Buono	Normale
33	C. T.	Ago nell'avambr.	15	48	Id.	5	60 E.	1h 30′	Buono	Normale
34	N. R.	Appendicite	21	48	Id.	5	40 E.	30′	Buono	Normale
35	F. R.	Appendicite	16	52	Id.	5	40 E.	30′	Buono	Normale
36	P. M.	Appendicite	28	55	Id.	5.2	10 E.	30′	Ottimo	Ottund. sens.
37	C. C.	Cistotomia	41	48	Ritardata	3 cc.	150 E.	40′	Molto med.	Normale
38	Q. I.	Ernia bilaterale	38	58	Morf. doppia	5.2	40 E.	1h 10′	Buono	Normale
39	C. C.	Ernia bilaterale	49	59	Id.	5.8	etilene	1h	Discreto	Eccitaz.
40	P. C.	Appendicite	17	65	Id.	5.7	etilene	1h 10′	Ottimo	Normale
41	G. M.	Prolasso vaginale	34	47	Id.	4.7	50 E. etere	40′	Ottimo	Normale

La quantità di etilene in tale narcosi mista è molto minore di quella che si somministra per una narcosi etilenica pura ma ciò nonostante la narcosi decorre normalmente senza che si abbia a notare nè cianosi nè vomito post-operatorio, nè altri disturbi di qualsiasi genere.

È nostro intendimento di continuare le ricerche per la narcosi mista avertina-etilene ritenendola una delle più efficaci e meno pericolose.

Decorso della narcosi. — Quando, 30-40 minuti dopo il clistere, il paziente mostra aver raggiunto il massimo di sonno ottenibile esso viene trasportato in sala operatoria. Quivi le manovre di assestamento non disturbano affatto o solo lievemente il sonno del malato. Si fa un saggio della sensibilità per stabilire la profondità della narcosi e vedere se è possibile l'atto operativo senza aggiunta di altro anestetico: ma ciò è raro e come abbiamo già detto è da considerarsi piuttosto come un errore di tecnica da eccessivo dosaggio. Se persiste la reazione agli stimoli si aggiunge un narcotico: l'etere è il più comune ed il più facilmente maneggiabile; il passaggio dal sonno avertinico alla narcosi profonda si ha generalmente con minime quantità di etere e senza alcun fenomeno di eccitazione. Ancora più semplice e priva di reazioni è la somministrazione di etilene che in minima quantità offre una narcosi profonda prolungabile senza alcuna irritazione della mucosa bronchiale come può avvenire per l'etere. L'anestesia locale nei casi in cui è stata usata, ha dato ottimi risultati: il paziente reagisce lievemente alle punture per l'iniezione del liquido e poi rimane calmo per tutta la durata dell'operazione.

A ciascun tipo di intervento deve corrispondere una speciale maniera di somministrazione del narcotico aggiunto: p. e. nelle resezioni gastriche o gastroenterostomie basta somministrare il narcotico durante l'incisione della cute, del peritoneo, e l'estrinsecazione dei visceri e alla fine, alla chiusura del peritoneo. Se nel corso dell'operazione si verificassero disordini respiratori bisogna togliere la maschera e somministrare ossigeno; ma ciò è raro. Mai si è avuto vomito durante l'operazione, qualche volta e molto lieve nel decorso post-operatorio.

Alla fine dell'operazione il paziente generalmente è ancora sotto l'infuenza del sonno Avertinico. Le condizioni generali sono buone: non si ha vomito, il polso è di frequenza solo lievemente superiore al normale, la pressione si è rialzata, il respiro è normale come nel sonno fisiologico — solo raramente vi ha cianosi —. In due casi (10° e 29°) si sono avute contrazioni muscolari fibrillari localizzate o generalizzate. Il risveglio si ha 2-3 ore dopo il clistere ed è calmo senza nessun fenomeno di eccitazione. Il paziente è ancora fortemente sonnolente e cade in uno stato di dormiveglia piacevole, che mitiga il dolore post-operatorio. Solo dopo circa 8 ore ed in certi casi anche più, si può dire che il paziente sia completamente cosciente.

Decorso post-operatorio. — È stato nella maggior parte dei casi normale, in alcuni casi ideale.

Uno stato di eccitazione lieve al risveglio non è raro: in due casi anzi questa eccitazione assunse proporzioni notevoli (13° e 39°). In quest'ultimo si trattava di un alcoolista inveterato: nel caso 13° invece la narcosi era decorsa tutta con stato di eccitazione grave senza che ci sia riuscito di stabilirne la causa.

Quando il decorso operatorio è stato normalissimo senza il minimo disturbo (23 casi) anche il decorso post-operatorio è stato ideale. In 15 casi il decorso post-operatorio è stato discreto, disturbato da piccole complicazioni quali: catarro bronchiale diffuso (casi 5°, 9°, 12°, 14°, 20° 23°, 28°), ritenzione urinaria di brevissima durata (casi 8°, 15° e 20°) o da lieve eccitazione (casi 13°, 15°, 16°, 39°) o da eccezionale ottundimento del sensorio durato 24 ore (caso 36°).

In due casi (caso 11° e caso 22°) si è avuta una tipica broncopolmonite postoperatoria a carattere benigno ciò che dimostra come l'Avertina non eviti completamente le complicanze bronco-polmonari.

Questa complicanza, a dire il vero, si è manifestata in un periodo influenzale a carattere epidemico, durante il quale molti operati, anche con altri mezzi anestetici, venivano colpiti da forme bronchiali più o meno gravi. Ed infatti trascorso questo periodo, dal caso 28° al 41°, non si è avuta la minima complicazione bronchiale in nessun malato sottoposto alla N.A.

Elementi vari utilizzati ai fini della narcosi. — *Dell'anamnesi* dei pazienti tenevamo conto principalmente dei precedenti epatici e renali evitando in molti casi queste affezioni per un giusto criterio di prudenza.

Nell'esame obiettivo tenevamo conto dello stato di nutrizione del malato, dell'abbondanza del sottocutaneo, dello stato delle masse muscolari, dello stato dei vari organi, cuore, polmoni. Tali dati ci erano di guida per la dose.

Preparazione preoperatoria. — Riteniamo

che una giusta preparazione preoperatoria sia uno dei fattori più importanti per la buona riuscita della narcosi Avertinica. Dall'esame dei casi da noi riportati si può osservare come i risultati veramente buoni si siano avuti solo quando la preparazione preoperatoria è stata perseguita in tutti i suoi particolari.

Abbiamo ottenuti i migliori risultati somministrando la mattina 2-3 ore prima del clistere Avertinico 1 ctg. di morfina. Poi un'ora prima del clistere Av., se l'azione prodotta dalla prima iniezione non era evidente aggiungevamo ancora 1 ctg. di morfina e 1 mgr. di Adrenalina.

Operando in tal modo i pazienti giungevano nella camera preparatoria in uno stato di calma sonnolenza e appena terminato il clisma di Avertina, cadevano in sonno senza periodo di eccitazione e in calma perfetta. Non solo, ma così operando si aveva un certo indirizzo nel dosaggio da adottare in quanto che dall'effetto che aveva ottenuto la prima iniezione di morfina si poteva arguire la maggiore o minore sensibilità del soggetto ai narcotici e quindi regolare la dose di Avertina.

Effetti della narcosi Avertinica sui vari sistemi. — Passiamo ora all'esame degli effetti prodotti dalla narcosi Avertinica sui vari organi e sistemi. Negli avertinizzati noi abbiamo studiato il comportamento del polso, respiro, temperatura, pressione, urine; le variazioni del metabolismo basale, della leucocitosi, della funzionalità epatica, del tempo di emorragia.

Il polso, che generalmente per lo stato di preoccupazione del paziente, prima del clistere batte con 80-90 pulsazioni al minuto, aumenta notevolmente di frequenza appena somministrato il clisma di Avertina. Si hanno così 110-120, una volta 140 pulsazioni al minuto. Questo aumento di frequenza corrisponde generalmente a quello stato di ebbrezza o di lieve eccitazione che si ha nei primi minuti dalla somministrazione dell'Avertina, ed è, come esso, di breve durata.

Infatti dopo 15'-20' il polso, senza ritornare completamente al normale, diminuisce la frequenza fino ad 80-90.

La *pressione* arteriosa si abbassa sin dai primi momenti dopo il clisma Av., ed è accompagnata da una vasodilatazione periferica notevole specialmente al viso, dove induce una evidente cianosi. Del resto anche questo fenomeno è passeggero e appena raggiunto il sonno il polso si stabilizza a 80-90-100 pulsazioni, a media pressione e la vasodilatazione sparisce: l'iniezione preventiva di 1 mgr. di adrenalina è ad ogni modo un mezzo profilattico efficace.

Il respiro. — È anche esso precocemente influenzato dalla narcosi Avertinica; infatti subito dopo il clisma si ha un aumento di frequenza (24) e di profondità ed anche una certa irregolarità di esso. Dopo 10-15-20 minuti se il dosaggio è stato esatto, il respiro ritorna normale di frequenza (16-18) restando sempre un po' superficiale come nel sonno fisiologico. Ma se la dose è un po' accentuata o è maggiore la sensibilità dell'individuo si possono avere dei disturbi come nei casi 23°, 36°, 39°. Questi disturbi consistono in una discreta cianosi, che può anche mancare, ed in una intensa diminuzione della frequenza e profondità del respiro. È stato caratteristico a questo proposito il caso 36° in cui si cadde fino a 8-9 respiri al minuto.

È curioso a notare come in tutti questi tre casi sia stato ritardato l'intervento operativo, che nel caso 13° non si è avuto, nel caso 36° si è iniziato dopo due ore e nel caso 39° dopo 1 ora e 40 minuti, quasi che l'assenza di stimoli in cui questi pazienti erano lasciati contribuisse ad accentuare la profondità del sonno Avertinico.

La temperatura. — Non ha dimostrato di essere influenzata dalla narcosi Avertinica.

La leucocitosi, non subisce aumenti notevoli: il lieve aumento è forse più imputabile alla malattia o al trauma operatorio che alla narcosi Avertinica. Nel caso 23°, non operato, essa rimase normale.

L'esame delle urine dà risultati quasi costanti: si riscontrano cioè molto spesso tracce di albumina che scompaiono in 24-48 ore. Il peso specifico si trova costantemente aumentato (1035-1040) per una enorme eliminazione di urati e fosfati: abbiamo potuto constatare come ciò non sia imputabile alla N.A.; infatti questo fenomeno si ha anche con altri mezzi anestetici (etere-rachianestesia) ed è mancato nel caso 23° che non subì l'operazione.

La ricerca del glucosio col metodo dei Fehling e di Nylander, riuscì costantemente negativa; solo nel caso 9° si ebbe riduzione non tipica (limpida senza precipitato) del Fehling.

I pigmenti biliari furono sempre assenti. Nel sedimento si riscontrò quasi sempre una grande quantità di urati e fosfati e in 3 casi (17°, 19°, 21°) si notò presenza di emazie, scomparse negli esami successivi.

Il tempo di emorragia, determinato con l'ago di Franck, è diminuito constantemente ed in vario grado durante la narcosi Avertinica:

esso scende infatti a 1'-2'' nei soggetti con tempo di emorragia normale. Per evitare qualsiasi influenza di altri medicamenti abbiamo studiato il tempo di emorragia il giorno prima dell'operazione, il giorno dell'operazione subito prima del clistere (quando il paziente era già sotto l'influenza della morfina e adrenalina) e durante la narcosi Avertinica nel momento di maggiore concentrazione di Avertina nel sangue, cioè 45' dopo il clisma. Si ebbero sempre gli stessi risultati, i quali però non coincidono con quelli ottenuti nella nostra clinica da Vitale (*Giorn. Med. Alto Adige*, maggio 1931) sugli animali: infatti questo A. dalle ricerche su 10 cani conclude come non vi sia alterazione notevole del tempo di emorragia nella narcosi Avertinica. Gli stessi risultati avrebbe ottenuti su 16 operati in narcosi Avertinica, casi scelti fra quelli da noi riportati.

È facile intendere la ragione della differenza di risultati, in quanto che noi abbiamo ricercato il tempo di emorragia *durante* la narcosi Avertinica e nel periodo di massima concentrazione di questa sostanza nel sangue (dopo 3/4 d'ora del clistere) mentre il Vitale ha compiuto questa ricerca dopo la narcosi Av., al risveglio, quando cioè la Av. era stata in gran parte eliminata e quando la ricerca del T. E. non aveva più alcun valore pratico.

Il metabolismo basale presenta durante il sonno Avertinico una curva caratteristica studiata su circa 15 pazienti. Per i bisogni della clinica, l'osservazione è stata frammentaria, ma dal complesso e dall'osservazione di alcuni casi in cui l'inizio dell'intervento fu notevolmente ritardato abbiamo potuto dedurre condizioni precise riguardo al comportamento del metabolismo basale.

Quando il paziente arriva nella sala preparatoria il suo metabolismo basale è già più alto del normale, in quanto che il paziente è in preda ad uno stato emotivo giustificato.

Se dopo fatto il clistere di Avertina si pratica subito la ricerca del metabolismo si vede che nei primi minuti e corrispondentemente a quello stato di ansia e di eccitazione che si verifica durante l'ebrezza Avertinica, il metabolismo basale è aumentato notevolmente e si mantiene alto fino a quando non si stabilisce il sonno più o meno profondo, sino a quando cioè comincia ad essere notevole la concentrazione di Avertina nel sangue.

In questo momento si ha un rapido abbassamento della curva del Met. Bas. che può ridursi alla metà del normale. Questo abbassamento persiste per tutta la durata della narcosi se questa si svolge normalmente. La curva del M.B. procede di pari passo con la narcosi di cui rispecchia l'andamento. Se quest'ultima decorre normale, è regolare anche la grafica del Met. Bas. Viceversa quando vengono interpolati degli eccitamenti, anche grossolani, corrispondentemente al disordine del sonno si manifestano delle alterazioni anche nella grafica del M.B.

Questa sensibilità del paziente agli stimoli e la rapida ripercussione di essi sulla curva del met. basale è naturalmente più accentuata nei periodi di sonno incompleto cioè verso il principio e la fine della narcosi che nel periodo di narcosi profonda (massima concentrazione di Avertina nel sangue).

Infatti mentre dopo 1/2-3/4 ore dal clistere, se la narcosi procede regolarmente, uno stimolo produce solo una reazione lieve e passeggera sulla curva del metabolismo, al principio e alla fine della narcosi uno stimolo anche non grave produce rapidi sbalzi nella curva del M.B.; non solo, ma questi sbalzi si hanno anche senza alcuno stimolo e sono in rapporto con il vario stato psichico del paziente che tende a svegliarsi.

Se infatti subito dopo l'atto operatorio si pratica la ricerca del M.B. si constata (a parte i possibili errori derivanti dal fatto che se il paziente espira ancora l'etere assorbito durante l'atto operativo i risultati vengono falsati e notevolmente abbassati) che il M.B. è più alto della norma e tale persiste ancora per alcuni minuti: ma se il paziente è lasciato in riposo ed in assenza di stimoli, subentra il calmo sonno avertinico e la curva del M.B. si abbassa di nuovo per quanto non così notevolmente come prima. Questo stato di alternanza fra il M.B. più alto e più basso della norma si mantiene in seguito sempre in rapporto con lo stato di sonno o di semiveglia del paziente, proporzionalmente allo stato di calma o di eccitazione in cui il paziente si trova. Il M.B. torna il giorno seguente al normale. In sostanza questo comportamento del M.B. nel sonno avertinico coincide con quello riscontrato da Benedict nel sonno fisiologico durante il quale il M.B. subisce un abbassamento nella curva: questo fenomeno conferma la rassomiglianza del sonno Avertinico al sonno fisiologico.

Questo comportamento del M.B. conferma inoltre la netta indicazione della narcosi Avertinica in tutti gli interventi chirurgici in pazienti con M.B. elevato, particolarmente per il m. di Basedow. Un abbassamento consi-

derevole della curva del M.B. durante il sonno avertinico è indice inoltre dello stato di completo riposo psichico del malato ciò che costituisce uno dei dati migliori della narcosi Avertinica.

La funzionalità epatica è stata ricercata con la prova del rosa bengala

Ed ecco i risultati:

Caso N.	Ritenzione pre-oper. mgr.	Ritenzione post-oper. mgr.
D. F., f., a. 26: App.	4,5-15 %	6,1-20,3 %
G. C., m., a. 37: Ernia	6,7-22,3 %	11,7-37,3 %
C. M., f., a. 42: Elef.	5,2-17,2 %	7-23,3 %
C. A., m., a. 32: Ernia	2,2-7,2 %	4,8-16 %
D. D., f., a. 18: App.	3-10 %	4,5-15 %
A. M., f., a. 62: Ernia	3-10 %	3,5-11,7 %
B. M., f., a. 29: App.	4-13,3 %	6,5-21,7 %
L. T., a. 16	2-6,6 %	5-16,6 %

Le ricerche preoperatorie furono fatte il giorno precedente l'operazione: quelle post-operatorie lo stesso giorno dell'operazione durante il sonno avertinico post-operatorio. I risultati dimostrano come durante il sonno avertinico vi sia un piccolo ma costante aumento di ritenzione, indice di un lieve grado di irritazione epatica.

Risultati. — In quanto ai risultati ottenuti dal punto di vista della narcosi si è avuto risultato *negativo* due volte: nel caso n. 1 ciò è facilmente spiegabile in quanto la preparazione fu insufficiente e la dose troppo piccola. Per il caso n. 13 ciò è meno facile a spiegarsi a meno che non si voglia ammettere che gli stimoli dell'ambiente non abbiano prodotto quei gravi segni di eccitazione cosa che non si è riscontrata negli altri casi: in ambedue si ebbe però amnesia retrograda. Risultati mediocri o discreti si sono avuti in 10 casi: la maggior parte di questi sono i primi studiati quando la tecnica di preparazione e di dosaggio non era bene acquisita ed infatti la mediocrità del risultato (cioè l'uso di una quantità di etere maggiore di 50 cc.) dipende talvolta da ritardo dell'iniezione di morfina, talvolta da eccessiva prudenza nel dosaggio e talvolta anche dalla lunga durata dell'operazione.

Risultato buono si è avuto in 22 casi in cui la quantità di etere aggiunto è stato inferiore a 50 cc., oppure è bastato una anestesia locale superficiale ed in cui il periodo operatorio e post-operatorio ha decorso, senza incidenti.

Il risultato è stato ottimo in 5 casi in cui si è ottenuto una narcosi totale con uso di una minima quantità di narcotico aggiunto ed anche senza di esso. Ciò è stato particolarmente utile nei casi 10 e 31.

In complesso si può dire dunque che la narcosi avertinica fornisce risultati preziosi godendo di grandi vantaggi sulle altri narcosi: essa inoltre si accompagna, fattore importantissimo, all'amnesia retrograda ed alla mancanza dello shok psichico operatorio.

Ultimamente Vaquez, all'Accadémie de Médecine di Parigi, parlando delle ragioni che causano la morte per narcosi e dell'influenza dei vari narcotici sull'azione cardiaca concludeva non doversi tanto accusare l'azione tossica del narcotico quanto lo shok nervoso derivante dalla paura inspirata dalla visione dei preparativi dell'operazione. « Chirurgi, amici miei, egli concludeva, diffidate dei paurosi più che dei malati di cuore ». Il valore dato dal maestro francese allo shok psichico ci permette di comprendere quale importanza abbia nella pratica chirurgica una narcosi che, come l'Avertinica, abolisce completamente il trauma psichico.

Essa infatti, combinata con l'anestesia locale, con l'etere e meglio ancora con l'etilene, permette di ridurre notevolmente i pericoli e gli inconvenienti legati alla narcosi: per mezzo di essa un gran passo in avanti è stato compiuto nel difficile campo della anestesia.

RIASSUNTO.

L'A. ha applicato, in 41 pazienti operati nel R. Istituto Chirurgico di Roma, la narcosi basale avertinica e ne riferisce i risultati ottenuti, richiamando l'attenzione sulla necessità di una esatta preparazione del malato e sulla efficacia dell'associazione avertina-etilene.

Ha inoltre studiato in questi pazienti, durante e dopo la narcosi, il comportamento del polso, respiro, temperatura, urine, tempo di emorragia, leucocitosi, metabolismo basale, funzionalità epatica: ne riferisce i risultati.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI NOVI (PIEMONTE)
Reparto chirurgico diretto dal prof. DELFINO.

Ciste dermoide del mesentere

per il dott. EMILIO CORTELLA,

Nel 1930 il prof. Delfino operava nel suo reparto un ammalato affetto da voluminosa cisti del mesentere.

Riferirò brevemente su di esso.

STORIA CLINICA. — P. F., di anni 24, da Novi (Piemonte), contadino, entrato in Ospedale il 7 aprile 1930.

Gentilizio puro; nulla di notevole negli antecedenti personali sia remoti che prossimi.

L'attuale affezione esordì lentamente. Il paziente circa 6 anni fa subì un trauma all'addome di una certa entità. Dopo molto tempo il paziente avvertì un dolore violento e si accorse della presenza all'epigastrio di una tumefazione situata sulla linea mediana a circa metà distanza tra l'ombelico e la sinfisi pubica. Detta tumefazione si rendeva manifesta specialmente quando la vescica era piena. Le crisi dolorifiche si ripeterono ad intervalli di mesi, accompagnate talora da vomito, pirosi, senso di pesantezza all'ipogastrio, stipsi. La massa era mobile specialmente dall'alto al basso, meno mobile in senso laterale. Il paziente riferisce che quando si metteva sul fianco destro avvertiva come un senso di dolenzia sorda in corrispondenza della massa. Non ebbe mai febbre. Ricorse ad un sanitario il quale da principio pensò trattarsi di un tumore vescicale, l'assenza però di ematuria, l'esame cistoscopico negativo fecero nascere forti dubbi su questa prima diagnosi.

La tumefazione intanto andava ingrandendosi lentamente raggiungendo in sei anni le dimensioni circa di una testa di feto a termine, da noi riscontrate con l'esame clinico all'ingresso del paziente in Ospedale il 7 aprile 1930.

Esame obiettivo. — Soggetto con habitus prevalentemente longilineo microsplacnico. Sistema scheletrico regolare, masse muscolari valide, pannicolo adiposo ben sviluppato, cute e mucose visibili scarsamente irrorate. Si palpano piccole ghiandole latero-cervicali e bi-inguinali. Nulla di anormale all'apparato, circolatorio, respiratorio, nervoso; leggere turbe gastriche, fegato e milza nei limiti.

All'ispezione stando il paziente in posizione supina si nota che l'addome è leggermente meteorico, indolente però alla palpazione. La regione ipogastrica si presenta un po' globosa, specie a vescica piena.

Con la palpazione superficiale si nota che la cute si lascia distendere e sollevare in pieghe con la palpazione profonda, mentre non si riesce ad avvertire alcuna resistenza nei quadranti superiori, si avverte invece negli inferiori e precisamente all'ipogastrico la presenza di una tumefazione di forma rotondeggiante della grandezza circa di una testa di feto a termine, mobile nel movimento di inspirazione dall'alto al basso, spostabile in senso verticale poco in senso laterale.

I margini sono arrotondati, è indolente.

La superficie è leggermente bernoccoluta, la consistenza è teso-elastica. Non esiste senso di fluttuazione. La percussione sul tumore dà risuonanza ottusa, attorno ad esso si avverte un suono timpanico.

La cistoscopia ed il cateterismo degli ureteri non rivelano nulla di anormale; anche la radioscopia della vescica piena di sostanza opaca non dimostra la presenza di diverticoli vescicali.

Con gli esami radioscopici ripetuti si è notato che lo stomaco si riempie normalmente, è però leggermente ptosico. Lo svuotamento avviene molto lentamente, si segue la parte passata nell'intestino e si nota che il pacchetto intestinale è spinto alla periferia da una massa scura evidente in mezzo alle anse dell'intestino. In corrispondenza di questa massa si osserva che il bario progredisce lentamente come se esistesse una stenosi intestinale.

Esami speciali praticati.

Sangue. — Esame cromocitometrico:
W. R. — — — —; globuli rossi 4.325.000; gl. bianchi 7.800.

Formula leucocitaria: linfociti 25; grandi mon. 10 %; neutrofili 58 %; eosinofili 6 %; forme di passaggio 1.

Esame dell'urina: densità 1020; reazione: acida; albumina assente; zucchero assente; pigmenti biliari assenti; indacano presente; urobilina piccole tracce (metodo Van den Berg); urea: 20 per mille; acido urico: 0,40 per mille.

Diagnosi clinica. — La diagnosi in verità presentava qualche difficoltà. Escluso un versamento saccato della sierosa peritoneale data la mobilità del tumore, si pensò in primo tempo ad un tumore della vescica o a un diverticolo di essa data la sede ed il rapporto assunti con la vescica stessa.

L'assenza però di qualunque sintomatologia vescicale e gli esami radioscopici e radiografici ripetutamente praticati completamente silenziosi, fecero escludere una tale ipotesi. Una provenienza renale era pure da scartarsi sia per la sede che per la mancanza di sintomi renali; da escludersi una origine pancreatica per la mobilità e la funzione normale del pancreas. Restava da porsi in discussione un'origine dall'omento o dal mesentere.

Gli esami clinici attentamente ripetuti ponendo il paziente in posizioni diverse, i quali rivelavano sopratutto una discreta mobilità della massa, la radioscopia dell'intestino che palesava la presenza di un tumore contraente rapporti di contiguità con l'intestino stesso, l'anamnesi infine (crisi dolorifiche, stipsi, ecc.) fecero indirizzare la diagnosi verso una forma cistica mesenterica.

Intervento: (Prof. Delfino). — Narcosi generale eterea

Laparotomia mediana (ombelico, sinfisi pubica).

Aperta la cavità peritoneale si nota lo stomaco ptosico. Sulla linea mediana si osserva nella regione ipogastrica tra le pagine del mesentere una tumefazione rotondeggiante, vascolarizzata, del volume circa di una testa di feto a termine, di consistenza teso-elastico.

Questa tumefazione poggia sul fondo vescicale.

L'asportazione del tumore presenta qualche difficoltà per la vicinanza dei vasi mesenterici che è necessario non ledere per la buona nutrizione dell'intestino. L'operazione di isolamento è perciò molto indaginosa.

Asportazione in toto della ciste.

Decorso post-operativo regolare. Guarigione per prima.

Esame macroscopico della ciste. — Il pezzo asportato e costituito da una ciste irregolarmente rotondeggiante della grandezza presso a poco di una testa di feto a termine. La parte aderente al piano profondo è data da una base costituita apparentemente da tessuto connettivale. La superficie esterna scabra per irregolarità presenta in rilievo vasi.

Aperta la ciste si nota che la parete interna è di aspetto bianco grigiastro abbastanza regolare. Le pareti sono di vario spessore, in alcuni punti sottili di colorito bianco splendente. In altri più spesse (mm. 15) di colorito bianco grigiastro.

Esame del contenuto della ciste. — Entro la ciste sono contenuti circa 30-40 cc. di liquido sieroematico (sangue presente con la reazione alla benzidina). Si nota invece un'abbondante quantità di sostanza sebacea, di colore bianco giallastro; detta sostanza forma una materia sebacea, analoga ad un mastice rammollito agglomerata in alcuni punti in pallottole. Entro la massa sebacea sono inglobati numerosi peli agglutinati da materia sebacea e sostanze estranee, di consistenza dura. La superficie interna della ciste è in qualche punto rugosa, in altri, specie ove è più spessa, si notano lacinie di tessuto che attraversano la massa sebacea.

Ho prelevato in vari punti parti della parete della cisti che ho fissato in formalina e colorato con emallume Orange, Van Gieson, Weigert (fibre elastiche).

Reperto istologico. — Il reperto istologico è diverso a seconda dei punti di prelevamento. Ove la parete è sottile, a piccolo ingrandimento, si notano esclusivamente fascie esili di connettivo fibroso con spire ondulanti, con pochi nuclei e pochi vasi che presenta in alcuni punti spazi linfatici, fatti di infiltrazione parvicellulare e qualche nodulo linfatico non molto grande. Ove la parete è più spessa si può distinguere uno strato esterno costituito da tessuto connettivo e da tessuto areolare ed uno strato interno costituito da epitelio piatto. Il connettivo che forma lo strato esterno è connettivo adulto, ricco di vasi che talora presentano fatti di endoarterite e perivascolarite. Lo strato interno è rappresentato da elementi epiteliali, grandi, poligonali, con nucleo piuttosto piccolo, quasi sempre centrale. Gli elementi cellulari formano quasi un mosaico. Si notano vasi sanguigni il cui endotelio non è però a diretto contatto con gli elementi cellulari, ma ne è separato da connettivo il quale in alcuni punti è ridotto ad un semplice strato sottile, in altri invade gli ammassi cellulari. A forte ingrandimento si nota che le cellule epiteliali non presentano figure cariocinetiche. Oltre agli elementi epiteliali si notano elementi linfoidi raggruppati talora in noduli linfatici. Riassumendo la parete della cisti è costituita da connettivo fibroso, contiene vasi e spazi linfatici, noduli linfatici e cellule epiteliali.

La sostanza sebacea contenuta nella cisti esaminata al microscopio si presenta costituita da numerosi granuli di muco e fibrina, colesterina, qualche polimorfo nucleare degenerato, rari linfociti, cellule epiteliali, grandi emazie ben conservate.

CONSIDERAZIONI.

La diagnosi generica di raccolta cistica si è potuta porre in base anzitutto ai dati anamnestici, al decorso apiretico, alle crisi dolorose, all'accrescimento progressivo con conseguenti disturbi subiettivi e funzionali a carico dello stomaco e dell'intestino (fenomeni di compressione) ed in secondo luogo in base all'esame obbiettivo.

L'intervento ha palesato che non esisteva infiammazione della sierosa peritoneale o degli organi addominali.

Non poteva peraltro trattarsi di degenerazione ganglionare o di incistamento in seguito a rottura di vasi chiliferi, in realtà il contenuto della ciste e la struttura istologica fanno orientare la diagnosi verso una ciste dermoide del mesentere.

Le cisti del mesentere in generale e particolarmente le cisti dermoidi non sono di comune osservazione.

Il termine di cisti mesenteriche comprende formazioni diverse per origine che hanno in comune solo il carattere topografico cioè di essere comprese tra i foglietti del mesentere.

Una classificazione antica distingueva le cisti mesenteriche in base al contenuto in emorragiche, chilose, sierose.

Il Quenu si occupò molto dell'argomento e raggruppò le cisti sierose e chilose in una sola categoria: le linfatiche, riferendo la origine di entrambe ad alterazioni in parte ancora ignote del sistema linfatico.

Il Braquehaie nel 1892 aggiunse poi le dermoidi le quali si differenzierebbero secondo l'A. da tutte le altre per un carattere particolare e cioè un rivestimento epiteliale interno, carattere di massimo valore per precisare la natura della ciste.

Nel 1899 il Villard distinse le cisti mesenteriche in linfatiche, idatiche, dermoidi, ematiche ed in quelle derivanti da organi vicini (pancreas, ovaia, ecc.). In seguito suddivise le cisti linfatiche in quelle provenienti dai gangli linfatici, da dilatazione dei vasi chiliferi, da rottura dei vasi bianchi con incistamento del chilo, da malformazioni congenite, linfangiomi (chilangiomi) cistici, in comunicazione primitiva o secondaria con i vasi chiliferi.

Le ematiche in quelle provenienti da ematomi e da emorragie in cisti preformate.

Nel 1900 il Dowd fu il primo ad esporre una classificazione delle cisti mesenteriche la quale segna un vero progresso sulle classificazioni precedenti che potevano considerarsi

come modificazione delle classificazioni del Braquehaie.

Egli racchiuse le cisti mesenteriche in tre grandi categorie: cisti di origine embrionali, cisti idatiche, cisti originate da degenerazione di neoplasmi maligni.

Nel 1907 il Niosi descrivendo una ciste mésocolica con rivestimento epitèliale interno che, per la struttura e per le formazioni comprese nelle pareti, ammise come una derivazione dai resti del corpo di Wolf, propose di raggruppare nelle cisti di origine congenita tutti i tumori cistici con rivestimento epiteliale la cui origine si riconnette ad epiteli embrionali aberranti. Egli distinse tre varietà di tali cisti: intestinali, dermoidi e quelle derivate dal tratto uro-genitale e precisamente o dallo epitelio germinativo o dal corpo di Wolf o dal canale di Muller.

Recentemente il Latteri propose questa classificazione delle cisti mesenteriche:

- Cisti del mesentere
  - cisti congenite
    - linfangiomi chilangiomi
    - da inclusioni fetali
      - residui del corpo di Wolf
      - cisti dermoidi
    - enteroidi
      - da inclusioni fetali di germi intestinali
      - da diverticoli congeniti dell'intestino
  - cisti acquisite
    - linfo- e chiloangectasie
    - parassitarie (echinococco)
    - ematiche
    - gassose

La patogenesi delle cisti mesenteriche in generale non è completamente chiara.

Secondo alcuni AA. sarebbero cisti di ritenzione, conseguenza di una occlusione e di uno slargamento secondario, per un certo tratto di vasi chiliferi o linfatici, altri propendono a ritenerle vere neoplasie spesso congenite, altri infine pensano che esse debbano la loro origine alla degenerazione di un ganglio linfatico mesenterico (vecchie adeniti degenerate). Nelle prime si avrebbe un rivestimento interno endoteliale, nelle seconde e nelle terze si noterebbe la presenza di tessuto reticolato con follicoli linfoidi.

Sulla patogenesi delle cisti dermoidi in particolare ancora non è stata detta l'ultima parola. Accanto alla teoria della inclusione formulata da Verneuil e sviluppata poi da Remak, non esente da critiche in gran parte giustificate (Mathias Duval), vi è l'altra della partenogenesi preconizzata da Buffon e formulata dal Waldeyer. Senza essere direttamente dimostrata questa formazione partenogenetica spiega chiaramente la complessità dei teratomi del testicolo e dell'ovaio e il loro sviluppo abituale all'epoca in cui gli ovuli raggiungono la loro maturità (Mathias Duval).

La teoria dell'inclusione fetale formulata da Geoffroy Saint-Hilaire e dal nostro Durante può acquistare una certa verosimiglianza nel caso di tumori delle mascelle, dello scroto, e della regione sacro-coccigea in cui si trovano residui embrionali, organi allo stato fetale rinchiusi nel corpo di un altro individuo.

La teoria blastomerica basata sulle ricerche di Roux, sviluppata poi nel 1900 da Bonnet, non ha trovato conferma nelle esperienze di Hertwig, di Schultze e Morgan.

Recentemente il Chiari ha sostenuto che mentre le cisti ateromatose risultano dalla ostruzione di una ghiandola sebacea o di un follicolo pilifero, quelle dermoidi invece sono dovute ad un resto di cellule epidermoidi. Il Kaufmann a sua volta dimostrò che la epidermide inclusa nei tessuti profondi degli animali dava luogo alla formazione piuttosto rapida di un tumore epidermoide.

Mikulicz sostenne che le cisti dermoidi avevano origine in tre modi diversi: per la chiusura delle cavità del corpo sulla linea mediana o di canali e di fissure che durante la vita fetale sono ricoperte da epitelî, oppure, dove si verifica l'affondamento di pieghe ectodermiche nella profondità. Queste cisti sono di regola rivestite da epitelio pavimentoso stratificato con uno srato corneo ed uno malpighiano, eccezionalmente si trovano lo strato granuloso e quello lucido.

La parte reticolare del derma è ricca in fibre elastiche, ma la parte papillare è assente, atrofica, e mentre i follicoli piliferi possono mancare, le ghiandole sebacee e sudoripare sono per lo più presenti in gran numero.

La diagnosi delle cisti mesenteriche in generale si basa su criteri alquanto incerti. Per lo più molto mobili, talvolta però fisse, accompagnate generalmente da stipsi, talvolta da diarrea ostinata, generalmente si rivelano per crisi dolorose, o perchè l'aumento di volume richiama l'attenzione del paziente (Pean, Giordano). Quando la ciste abbia raggiunto un volume tale da occupare buona parte della cavità addominale, producendo compressione e spostamenti notevoli a carico degli organi in essa raccolti, il giudizio diagnostico diventa più arduo e può farsi specialmente in base ai sintomi dei tumori mesenterici e cioè posizione para-ombelicale, mobilità, stipsi, dolori

addominali; qualora tali sintomi non esistano è necessario procedere per esclusione valendosi sopratutto del reperto radioscopico e radiografico, come nel nostro caso.

Alcune riserve è opportuno fare circa la prognosi delle cisti mesenteriche in generale. Se si abbandonano a sè nella migliore delle ipotesi si può anche arrivare al riassorbimento del contenuto e al raggrinzamento della cisti. In caso di rottura nell'intestino per le aderenze formatesi con esso o nel cavo peritoneale si possono determinare complicanze settiche, la cui gravità è in rapporto con la natura del contenuto. Aumentando il volume oltre ai disturbi gastrici si possono osservare sintomi di occlusione intestinale, dolori per compressione dei filamenti nervosi simpatici e disturbi funzionali degli organi urinari da compressione degli ureteri.

L'intervento di elezione consiste o nella estirpazione quando non esistono forti ed ampie aderenze con organi vicini o nella marsupializzazione in uno o due tempi (Levecque, Perassi) quando queste sono presenti. Quando poi la ciste abbia contratto forti aderenze con la porzione intestinale del mesentere e allorchè può affacciarsi il pericolo di mettere a repentaglio non solo la canalizzazione ma anche la nutrizione del tubo intestinale è giustificato ricorrere alla resezione del tratto di intestino compromesso.

Nel nostro caso non vi può essere dubbio sulla diagnosi di ciste dermoide, anzitutto per l'esame istologico che ha messo in evidenza il rivestimento interno epiteliale, secondo per il contenuto della ciste rappresentato da sostanza caseosa recante inglobati peli e sostanze estranee. Fu trovato anche del sangue nel liquido della ciste, per questo è opportuno riferirci all'anamnesi e rammentare che il paziente subì un grave trauma all'addome. Non è improbabile pertanto che questo trauma abbia portato la rottura di capillari sanguigni entro la ciste preformata da cui il progredire in grandezza della ciste stessa.

⁂

Ringrazio vivamente il prof. Delfino alla cui cortesia debbo questo lavoro.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un caso di ciste del mesentere che per il reperto istologico e per il contenuto ritiene trattarsi di ciste dermoide. Dopo una attenta disamina del caso passa brevemente in rassegna le varie teorie sulle cisti del mesentere in generale e su quelle dermoidi in particolare.

LETTERATURA.

BRAQUEHAJE. Archiv. Gen. di Med., 1892.
CORTELLA. Rivista di Chirurgia, marzo-aprile 1926.
CHIARI. Zeit. f. Helk., 12, 1891.
CROSTI. 34° Congresso Soc. Ital. Chirurgia, 1926.
DELITALA. Arch. Ital. Chirurg., vol. 16, fasc. 3, 1926.
DOWD. Gyn. of Surg., 1900.
FEDELI. *Le cisti mesenteriche di origine embrionale.* Vallardi, 1927.
FORGUE. *Patologia Chirurgica*, vol. 1-2.
MARIANI. Gazzetta Ospedali e Cliniche, 1903.
MIKULICZ. Wiener. Med. Woch.
NIOSI. Wirch. Arch., 1907, Bd. 190, pag. 217, 338.
KAUFMANN. Arch. f. Pathol., 98, 25.
ROMEO. Minerva Medica, luglio 30, vol. 27.

SUNTI E RASSEGNE.

FEGATO.

Prove di funzionalità epatica.

(H. ROLLESTON. *The Lancet*, 5 dic. 1931).

L'A. è molto pessimista nella valutazione delle varie prove destinate a saggiare lo stato funzionale del fegato; mentre per organi a funzione più semplice, come lo stomaco e i reni, abbiamo metodi di ricerca sufficientemente attendibili, questi mancano per il fegato.

Il fegato è un organo ad azioni multiple, e una delle sue attività funzionali può essere danneggiata mentre l'altra resta perfettamente integra; oggi non si possiede ancora una prova capace di saggiare « in toto » l'azione dell'organo.

Molte indagini che dieci anni fa sembravano piene di promesse — conferma E. C. Dodds (*ibidem*), sono oggi abbandonate: e questo si deve sopratutto alle splendide ricerche condotte da Mann e dai suoi collaboratori negli animali completamente o parzialmente epatectomizzati.

Conseguenze di questo grave atto operativo (epatect. totale) sono:

1) Disturbi gravi del metab. degli idrati di carbonio, con precipitosa caduta del tasso glicemico, debolezza muscolare e convulsioni: la somministrazione di glucosio permette di mantenere in vita per qualche tempo gli animali che però finiscono dopo un certo numero di ore per morire lo stesso.

2) Il metab. delle proteine è turbato, l'azotemia diminuisce progressivamente mentre salgono gli ammino-acidi e il contenuto in acido urico del sangue e delle urine cresce continuamente.

3) La funzione biliare è, naturalmente, turbata: già dopo 6 ore il plasma è giallo e c'è ittero, la reazione di v. d. Bergh è positiva indiretta, e v'è ittero della congiuntiva.

4) L'animale epatectomizzato è avvelenabile più facilmente di uno normale.

5) Nessuna alterazione fu trovata nel sangue, dal punto di vista della quantità dei suoi elementi del fibrinogeno e del tempo di coagulazione.

Questi i risultati della epatectomia totale; ma se l'asportazione fu solo parziale (asportaz. di 4/5 del fegato), come dopo molte fatiche riuscì a Mann di ottenere, tutte queste varie funzioni restano perfettamente normali: data l'assoluta serietà delle sue ricerche, tale risultato suona condanna definitiva dei varii metodi funzionali.

Secondo Dodds due sole prove funzionali possono essere tentate con un certo successo: quella della tolleranza del galattosio, per la diagnosi differenziale di un ittero comparso in una persona di media età: in questo caso l'aumento della glicemia dopo la somministrazione del galattosio indica che si tratta di una funzione epatica lesa, la mancanza dell'aumento indica che la funzione è normale e deve esserci un'ostruzione estrinseca.

Secondo metodo realmente utile è la determinazione della quantità di bile, mediante l' «icterus index» (colore del siero); è il più semplice metodo di controllare l'andamento della malattia epatica. L'importanza della reazione di v. d. Bergh per stabilire la natura dell'ittero è relativa; essa si riduce in fondo a una reazione quantitativa, giacchè solo nell'ittero da occlusione esiste nel sangue una quantità di bile tale, da dare una reazione pronta e diretta. Ciò non toglie valore alla reazione stessa, che si è dimostrata utilissima: solo essa non può darci più di quanto l'esame accurato del paziente e l'osservazione del siero non abbiano già dato.

V. SERRA.

L'insufficienza epatica iniziale.

(H. STAUB. *Deut. Med. Woch.*, 18 dic. 1931).

L'A. conferma che — data la molteplicità delle funzioni epatiche — non si può dedurre dal danno di una di esse la insufficienza di tutto l'organo; ed è più giusto di parlare, allora, di disturbi parziali di funzione.

A rendere più complicata l'indagine si aggiunga il fatto che nell'organo esistono, e funzionano diversamente, due ordini di cellule: le cellule di Kupfer, rappresentanti del reticolo endotelio, la cui azione è decisiva nella formazione e nella escrezione della bile, e le cellule epatiche propriamente dette: una sola indagine funzionale, per esempio la ricerca della galattosmia alimentare, non basta a esplicare tutta la funzione epatica.

E quindi gli stati iniziali di insufficienza vanno delicatamente ricercati, uno ad uno, con singole prove funzionali che saggino l'attività di questi o quegli elementi.

La fisiologia sperimentale (Mann) insegna che il fegato è l'organo centrale del ricambio dello zucchero, della formazione dell'urea, della disintegrazione dell'acido urico, della formazione e secrezione della bile, della regolazione dei colloidi del siero e fissaggio dell'urobilina.

1) Quando il circolo normale della bilirubina è alterato, per sopraproduzione di bile, per malattia del fegato o per ostruzione delle vie biliari, si ha iperbilirubinemia e ittero; la bilirubina nel sangue è normalmente dal 0,2 al 1,2 mg. %, ed è legata alle globuline del siero, che possono fissarla sino alla proporzione di 4-5 mg. %: al di sopra di q. cifra, si ha una « reazione diretta » della bilirubina, al disotto una « indiretta »: naturalmente la reazione « diretta » può mancare anche con più di 5 mg. %, quando la percentuale delle globuline rispetto alle albumine del siero salga anch'essa; viceversa, nelle lesioni epatiche che si accompagnano a diminuzione del tasso globulinico, si può avere una reazione diretta anche quando la bilirubina non ha ancora raggiunto i 4-5 mg. %.

La prova qualitativa della bilirubina, associata alla determinazione quantitativa della bilirubinemia, rappresenta un mezzo di diagnosi iniziale utile.

Utili sono i cromo-metodi (Fenol-Bromosulfaleina) che rivelano una lentezza nella scomparsa della sostanza colorante dal siero sanguigno tutte le volte che il sist. reticolo endoteliale è bloccato (ittero da ostruzione, itt. epatotossico).

Efficace prova — ai fini di una diagnosi precoce — è la ricerca dell'urobilina nell'urina, pur ricordandosi che essa può comparirvi in casi di insufficienza relativa del fegato (aumentata produzione di bile) o nei casi di ipertensione nel territorio della porta (Melli); del resto la costatazione di un'urobilinuria non permette nè diagnosi differenziali nè concetti quantitativi dello stato d'insufficienza.

2) La prova del galattosio (Bauer) va considerata positiva solo quando la quantità dello zucchero eliminata per le urine raggiunge o supera i 3 gr.; anche la curva della lattacidemia, basata sul potere del fegato di sintetizzare l'acido lattico a glicogeno, è utile (Beckmann).

3) La reazione di Takata, che si basa sulla flocculazione del siero — o del liquido ascitico — a contatto di speciali reagenti, è legata all'aumento della frazione globulinica, e generalmente è positiva nei casi di gravissima lesione del parenchima; quando esistano altre malattie (nefrite) capaci di turbare la composizione del siero, la prova perde ogni valore.

4) Tutte le ricerche destinate a saggiare la funzione del fegato, basandosi sul ricambio dei grassi e dei lipoidi non sono finora adottabili in pratica.

Concludendo, per saggiare la funzionalità epatica è necessario praticare quante più pro-

ve funzionali è possibile: e l'A. — tra tutte — consiglia di eseguirne due: quella della bromosulfaleina e quella del galattosio; i loro risultati riuniti ci danno una idea relativamente esatta della funzione epatica, e ci permettono di sorprenderne gli stati iniziali d'insufficienza.

V. SERRA.

Sulla genesi dell'atrofia gialla acuta del fegato.

(R. BENECKE. *Wien. Kl. Woch.*, 4 dic. 1931).

Malgrado sia stata tanto studiata, e dal punto di vista istologico e da quello clinico, l'a.g.a. del fegato resta ancora, secondo l'A. una malattia oscura; si sa che essa può essere connessa ad avvelenamenti, a traumi, ad una infezione luetica, o a nessuna causa apprezzabile; e che consiste in una necrosi che colpisce le cellule del fegato rispettando le vie biliari e lo stroma.

Ora una nevrosi esclusivamente parenchimatosa, senza partecipazione connettivale, è facilmente attendibile in via sperimentale provocando una ischemia di breve durata (per es. legando le arterie afferenti): ed è strano che non si sia pensato alla possibilità di un simile meccanismo patogenetico anche per l'a.g.a. del fegato. Questo dipende probabilmente sia dal fatto che la ricca e doppia irrorazione del fegato facilita molto la formazione di circoli collaterali, sia dal fatto che i piccoli rami arteriosi non resistono generalmente a spasmi duraturi, come sono necessari per produrre la necrosi delle cellule epatiche, ma si rilasciano prima.

Tuttavia uno stimolo di origine nervosa-centrale (midolla allungata o spinale) o periferica (ganglio celiaco) possono creare uno stato duraturo di spasmo arterioso, specialmente quando le arterie si trovano in uno stato spasmofilo, per es. per l'eccesso di sostanze vasocostrittrici (adrenalina) in circolo.

In questo senso andrebbero intese, secondo l'A., le forme di a.g.a. del fegato che sono legate alla lues (l'importanza patogenetica delle cure arsenicali è stata sopravalutata!) e alle infezioni gravi, le quali creerebbero un vero stato spasmofilo delle arterie, con tendenza al loro spasmo e alle conseguenti ischemie con necrosi; lo stesso si dica per le forme consecutive a gravi chocs traumatici, e per le forme dei neonati, le une e le altre ugualmente riferibili ad uno stato spastico delle arterie, di origine riflessa.

Questi casi rappresentano pur sempre la minoranza, in confronto a quelli di sicura origine tossica, e legati all'azione di veleni di origine intestinale od ispirati o inghiottiti (saponine, cloroformio, ecc); particolare interesse hanno i casi di at.g.a. descritti recentemente dagli Autori Americani in seguito alla somministrazione di atophan, a dosi anche normali e talora già dopo un breve periodo di somministrazione; l'esame accurato di codesti casi, permette di escludere che si tratti di una semplice coincidenza: questa osservazione ha notevole importanza, come si è detto, data la larghezza con cui si somministra oggi questo rimedio: esso agirebbe probabilmente eccitando la irritabilità dei vasomotorii.

L'esame microscopico delle zone di necrosi cellulare rivela la massima variabilità di aspetti: lesione dei mitocondrii, accumulo di grasso, degenerazione vacuolare del nucleo e del protoplasma, necrosi nucleare, ecc. Sono queste tutte le varie modalità con cui le cellule si difendono dal danno del veleno; e ad esse si aggiungono i disturbi del circolo locale, di origine riflessa, l'iperemia e l'ischemia, tanto più accentuati, quanto più irritabili sono i vasi: e l'ischemia rappresenta appunto il vertice dei processi di difesa, e può durar così a lungo, da indurre le necrosi del parenchima.

In base a due casi — clinicamente e anatomopatologicamente studiati — il Benecke conferma l'importanza dello spasmo arterioso per la genesi dell'atrofia gialla acuta del fegato: inoltre, osservando in un caso che, accanto e intorno alle zone di necrosi, il parenchima era perfettamente normale l'A. pensa che, se il malato fosse sopravvissuto (si trattava di un bambino morto di polmonite) probabilmente le zone di necrosi sarebbero state riassorbite e si sarebbe ristabilita una normale struttura del fegato, o al più un fegato cicatriziale.

Appare quindi probabile che, accanto alle forme di a.g.a. mortali, dovute a duraturi spasmi vasali, esistano anche forme di passaggio più leggere, in cui lo spasmo è durato poco, l'ischemia fu passeggera e la necrosi circoscritta: in questi casi, naturalmente, le probabilità di guarigione esistono e sono tanto più marcate, quanto migliori sono le condizioni del resto del parenchima: questo fatto si osserva con particolare evidenza nei casi in cui non è dimostrabile l'esistenza di un tossico operante ma si deve ammettere puramente e semplicemente l'ischemia da spasmo arterioso.

Con questo il Benecke non vuol escludere che esistano veleni capaci di determinare, per azione diretta, l'intossicazione massiva delle cellule parenchimatose, ma ne restringe notevolmente il campo.

V. SERRA.

ORGANI DELLA RESPIRAZIONE.

Effetti del clima invernale sulle malattie del polmone.

(H. JESSEN. *Deut. med. Wochenschrift*, 4 dicembre 1931).

La difficoltà di comprendere bene l'influenza del clima è dovuta sia alla molteplicità dei singoli fattori climatici, sia ai vari effetti

fisici e psichici che si hanno nei diversi individui. Da un punto di vista generale, si deve anzitutto tener presente che il trattamento climatico non è, in fondo, che una stimolo-terapia aspecifica e che deve essere negata ogni azione specifica del clima poichè, anche l'influenza climatica che si ammette per l'asma non può essere considerata strettamente specifica.

Tale stimoloterapia aspecifica agisce sull'economia di tutto l'organismo e le reazioni si esplicano in tutti gli organi: la pelle, il sistema endocrino-vegetativo, il sangue, la respirazione e la circolazione, il sistema nervoso, il ricambio materiale, la psiche reagiscono agli stimoli climatici in determinato modo che, in parte ci è scientificamente noto, in parte è tuttora oscuro. Ogni influenza climatica sulle malattie polmonari non può comprendersi facendo astrazione da questi fatti, sicchè l'influenza strettamente locale ha scarsa importanza.

Rispetto alle malattie del polmone, il clima invernale è più importante che quello di altre stagioni. Ciò si comprende chiaramente confrontando il clima marino o continentale con quello di alta montagna. Quando si parla di clima invernale, si sottintende che quello di alta montagna richiama la massima attenzione. D'inverno, i fattori climatici, in alta montagna, non soltanto sono più favorevoli ma acquistano anche un maggior significato in quanto che il clima continentale di pianura, con i venti e le nebbie e la scarsa irradiazione solare si dimostra assai sfavorevole per le malattie polmonari.

I fattori climatici invernali in alta montagna sono i seguenti: scarsa pressione atmosferica, aumento di irradiazione solare, bassa caduta di tensione elettrica dell'atmosfera, secchezza dell'aria (a 2000 m. di altitudine, circa la metà che a livello del mare), aria senza polvere e germi, assenza di nebbie, pochi venti, scarsa nuvolosità, rare precipitazioni, temperatura bassa con grandi oscillazioni nella giornata e ciò nonostante scarso bisogno di calorico del corpo.

Nella media montagna (ad altitudini di 1200 m.) i fattori climatici sono del tutto diversi. Vi sono però notevoli differenze secondo la posizione più o meno continentale e la direzione dei venti. In generale, si hanno minori oscillazioni della temperatura, sia nella giornata che nell'anno, umidità atmosferica relativamente alta, frequenza di nebbie, movimenti dell'aria più notevoli, maggiori variazioni nella costanza e nello spessore dello strato di neve permanente (il che ha notevole importanza per il contenuto in polvere ed in germi dell'aria, nonchè per le condizioni dell'irradiazione) maggiore nuvolosità e più abbondanti precipitazioni.

Vi è tutta una serie di malattie polmonari che non è affatto influenzata dal clima: tumori, actinomicosi, sifilide, ecc. Per quanto riguarda la polmonite, vi sono alcuni che sostengono che essa decorra più lieve in alta montagna; quello che è certo si è che gli stati residuali della polmonite, siano essi polmonari o pleurici, sono favorevolmente influenzati da un cambiamento di clima, specialmente nell'inverno. Esso agisce nel senso di stimolare ad una maggiore attività l'apparato difensivo dell'organismo. La scomparsa delle temperature subfebbrili od il riassorbimento di essudati residui sono dovuti a tale stimolo e non ad un'azione specifica del clima. Ciò si deduce anche dall'antica osservazione che la cura climatica ha i suoi effetti soltanto in un organismo capace di reagire.

Grande importanza ha la climatoterapia per le bronchiti croniche non ancora arrivate allo stadio di enfisema rigido, per l'asma bronchiale e per la tubercolosi polmonare. L'asma può essere nettamente tagliato con un soggiorno in alta montagna; l'altitudine necessaria per ottenere tale effetto varia a seconda degli individui; in generale bastano 1500 m. ma, per alcuni è necessario arrivare a 1800. Il successo di questa cura è legato all'assenza di sostanze asmogene nell'aria pura dell'alta montagna, specialmente durante l'inverno quando lo strato di neve ricopre tutta la flora. Certamente non tutti gli asmatici perdono gli accessi in alta montagna e molti vi vanno ancora soggetti al ritorno nella pianura, il che non toglie nulla al valore reale di tale clima nell'asma, in cui i maggiori effetti si ottengono nei bambini, mentre vanno diminuendo con l'avanzare dell'età.

Il maggior contingente delle malattie polmonari sottoposte alla climatoterapia è dato dalla tubercolosi polmonare. Le reazioni che si osservano dipendono anzitutto dall'individuo ed inoltre dallo stato in cui si trova e dall'intensità del cambiamento.

GLI EFFETTI DEL CLIMA INVERNALE SULLA TUBERCOLOSI.

Il cambiamento di clima mette l'organismo malato in altre condizioni di esistenza e di reattività. Negli organismi ancora capaci di reagire si ha un'azione tonicizzante che, in alcuni casi, può anche essere troppo forte. Si hanno le seguenti reazioni:

1) Acceleramento dell'attività cardiaca, con rinforzo funzionale del miocardio, con aumento di irrorazione sanguigna, specialmente visibile alla pelle.

2) Modificazioni della composizione sanguigna, con aumento di eritrociti e di emoglobina. Ne viene che la superficie portatrice di ossigeno del sangue aumenta ed aumentano pure i processi di ossidazione. Nella media montagna, si ha inoltre un cambia-

mento del quadro sanguigno bianco nel senso di uno spostamento a destra.

3) Per la deficienza di ossigeno, si ha aumento dei prodotti acidi a cui, fra gli altri, reagiscono il centro respiratorio ed i muscoli. Se ne ha, come conseguenza, aumentata acidosi nel sangue, un fattore che non è stato abbastanza considerato nella tubercolosi polmonare e che, invece, è secondo l'A. una delle azioni più notevoli del clima. Si ha aumento di frequenza e di profondità del respiro e, quindi, una maggiore ventilazione polmonare. È discutibile che l'espirazione, a causa della bassa pressione, venga facilitata; il fatto, ad ogni modo, spiegherebbe l'azione favorevole nell'enfisema polmonare.

4) Un'azione più forte sulla mucosa delle vie respiratorie si osserva soltanto nell'alta montagna in cui essa è attribuibile alla grande secchezza dell'aria. Anche l'assenza di germi e di polvere dovuta al mantello di neve che ricopre l'alta montagna per dei mesi agisce nel senso di ostacolare la secrezione. D'altra parte, però, l'improvviso disseccamento può mutare le condizioni dell'immunità e spiegare, secondo l'A.; la così detta angina dell'Engadina. L'azione disseccante è anche una causa della maggiore proclività alle emorragie delle mucose, che possono osservarsi a varie altezze.

5) Il ricambio materiale complessivo subisce pure delle modificazioni, anzitutto in conseguenza dei cambiamenti di stato dell'organismo e, secondariamente, per il clima. Si osserva inoltre diminuzione dell'attività intestinale, non però riferibile al solo clima, ma piuttosto al cambiamento di vita e di vitto. Al clima va invece riferita la maggiore evaporazione di acqua, che può spiegare la tendenza alla costipazione.

6) Gli effetti sul sistema endocrino, su quello nervoso e sulla psiche, per quanto vaghi e non spiegabili scientificamente, sono innegabili e, nella pratica, contano per un di più che ha il suo valore nella tubercolosi polmonare e nell'asma. Particolare influenza hanno gli effetti psichici che dipendono non dal solo clima, ma dal paesaggio, dalle condizioni del tempo e così via. Si può per tal modo parlare di climi sedativi ed eccitanti, i primi caratteristici della media montagna, gli altri del mare e dell'alta montagna.

Dalle singole azioni esercitate dal clima si ottiene lo stimolo generale dell'organismo che è la base delle modificazioni organiche osservate. Le malattie polmonari influenzabili dal clima lo sono in parte localmente, ma soprattutto per l'azione generale su tutto l'organismo. Ciò vale soprattutto per l'asma, come per le malattie infettive ed i reliquati di forme infettive ed in modo speciale per la tubercolosi, che è una malattia generale.

Il trattamento climatico si presenta pertanto molteplice e va accuratamente dosato, applicandolo soltanto a malati ancora capaci di reagire. Le cure climatiche invernali in alta montagna sono da considerarsi come un forte stimolo in quanto che il paziente vi arriva da condizioni climatiche quasi opposte. Nei casi-limite, è consigliabile iniziare la cura in estate od in autunno in modo da applicare gli stimoli, per gradi successivi. ***fil.***

Le emottisi per trauma bronchiale interno.

(E. SERGENT, R. MIGNOT. *Arch. des malad. de l'appar. resp.*, 1931, n. 1).

Se da una parte — sono cose note — il trauma può favorire l'emottisi nei tubercolosi, tutte le emottisi traumatiche non sono tubercolari, e, d'altra parte, il trauma giuoca un compito minimo nel risveglio della tbc. Dunque abbiamo emottisi traumatiche nella tbc., ed all'infuori della tbc.

Nel primo caso il trauma risveglia un'antica lesione e trasforma la evoluzione cronica, torpida, in subacuta. Il trauma è l'elemento occasionale del risveglio della latente bacillosi. La diagnosi etiologica di queste emottisi dovrà perciò essere rigorosa (studio degli antecedenti, sintomi funzionali, generali, fisici, radiologici, batteriologici).

Ma molte emottisi traumatiche non hanno nulla a che vedere con la tbc. Così l'emottisi dei « gassati ». Quando l'intossicazione gassosa è violenta essa realizza un vero trauma bronchiale interno, che si accompagna con emottisi, più o meno abbondante, e che si possono ripetere per alcuni giorni. Per traumi esterni si possono avere emottisi nelle grandi contusioni del torace, nelle ferite penetranti del torace, emottisi immediate, uniche che non hanno grande interesse clinico, ovvero tardive e recidivanti, di vero interesse: e talora sono persistenti, con ritorni periodici, senza causa apprezzabile od in occasione di fenomeni congestizi polmonari, o nel momento delle mestruazioni.

Alle emottisi da gas si avvicinano quelle provocate da vapori irritanti o da corpi estranei (fumo o polvere) o liquidi più o meno irritanti. A tal proposito gli AA. ricordano due casi dimostrativi: nel primo si trattava di una ventottenne che durante l'incendio di un deposito di legna viene investiva dal fumo e perde la conoscenza, per breve tempo, dopo di che è assalita da tosse ed ha una emottisi abbondante. Nessuna sequela. Tre anni dopo, altra emottisi in occasione delle regole, e d'allora l'espettorato emottico si rinnova ad ogni mestruazione. Mai febbre, eccellente stato generale, Koch sempre negativo, nessun segno stetoacustico ad eccezione di qualche grosso ronco retrosternale ed ilare. Radiograficamente: piccola opacità a racchetta, orizzontale

alla base destra. Il trauma bronchiale probabilmente ha portato da una rottura vasale ed attorno al focolaio apoplettico si è sviluppata una reazione infiammatoria cronica con vasi neoformati, sorgente delle emottisi recidivanti. Dopo essersi seguite regolarmente per alcuni mesi, le emottisi cessano, persiste il florido stato generale, la radiografia mostra sempre la piccola opacità sebbene ridotta di volume.

Non è dunque da respingere, in questo caso, la diagnosi di emottisi traumatica, catameniale per inalazione di fumo e di polveri ardenti di carbone e di legna. Sembra che questo genere di emottisi sia frequente nei pompieri di Parigi, nel corso od in seguito ad incendi.

Nella seconda osservazione si trattava di un venticinquenne che, operato di flemmone perinefritico, alcuni mesi dopo, in un tuffo in mare, essendo rimasto impigliato in erbe marine ed avendo fatto degli sforzi per liberarsene, inghiottì una certa quantità di acqua. Ritornando alla superficie e tossendo, emise una certa quantità di sangue rutilante per sei giorni. Non febbre. Tre mesi dopo nuova emottisi e d'allora, quasi quotidianamente, emissione di sangue che non cessa neppure quando un medico, diagnosticata una tbc., esegue per sei mesi il pneumo. Di poi le emottisi cessano per 18 mesi e di nuovo ricompaiono. Abbandonata la tbc., il medico si rivolge alla sifilide, a malgrado la W. R. negativa. Un trattamento di bismuto fa cessare l'emissione di sangue per tre anni. Ricomparsa nel 1927 allorchè gli AA. osservano il malato: si constata una depressione sottoclavicolare destra con ottusità totale e soffio profondo. Radiograficamente una immagine pseudocistica. Nulla permette di pensare ad una cisti idatidea e gli AA. stimano trattarsi di un ematoma polmonare consecutivo ad un trauma con trasformazione cistica, con alone circostante dovuto a neoformazione vasale donde alla minima occasione originano le emottisi per rottura. Viene consigliata ogni astensione terapeutica.

In entrambi i casi la diagnosi di tbc. non era sostenibile: se di tbc. si tratta, prima o poi essa si rivela con sintomi ben chiari, specie quando dà luogo ad emottisi.

Dal punto di vista patogenetico si possono ammettere due fasi nella produzione di queste emottisi: una prima costituita da un raptus vascolare e da una apoplessia polmonare; una seconda caratterizzata dalla persistenza di una lesione cronica, cistica o cicatriziale, con corona di vasi capillari neoformati, una specie di angioma acquisito. Si possono avvicinare a questi fatti le emottisi che accompagnano la presenza delle cosidette pietre del polmone.

In tutti questi casi, si tratti di trauma da causa esterna od interna, non è possibile invocare come causa fondamentale la esistenza precedente di una tbc. latente risvegliata dall'accidente. La diagnosi di queste emottisi non tbc. è affermata dall'assenza di ogni segno clinico di tbc., dai caratteri dell'immagine radioscopica, dall'assenza permanente dei bacilli di Koch. Talora queste emottisi si accompagnano con tosse persistente, espettorato muco purulento, febbre, disturbi generali. In questi casi solo la presenza del b. di Koch ha il valore di certezza.

La cura delle emottisi traumatiche è presso che nullo: evitare le cause favorenti, specie gli sforzi, medicazioni sintomatiche, opoterapia ovarica nella donna.

Se le emottisi sono mantenute da un corpo estraneo (proiettili, schegge di obici) non esitare a consigliare la estrazione se essi si trovano distanti dai grossi vasi del mediastino e degli ili.

MONTELEONE.

TRIBUNA LIBERA

Per una questione di nomenclatura.

Riceviamo:

Roma, li 22 dicembre 1931-X.

Chiarissimo Collega A. Pozzi,

Da più di 20 anni sono assiduo lettore e abbonato di codesto che meritatamente è il più diffuso, anche all'estero, periodico medico italiano: così tutta la mia attenzione fu attratta dalla sua interessantissima comunicazione su *La malarioterapia mediante anofeli*, che offre una ottima via di uscita a quanti alienisti e neuropatologi sono stati per tanti anni perplessi di fronte alla pratica attuazione della geniale terapia dell'illustre Clinico di Vienna.

Mi permetto però di farle una lieve, forse pedantesca a tutta prima, osservazione, in tema di denominazioni.

A pag. 1892 Ella parla, alludendo evidentemente ad *Ospedali psichiatrici*, prima di Istituti psichiatrici e poco dopo di Istituti manicomiali.

Non vorrei credere che anch'Ella segua con ciò il pregiudizio dei profani e, purtroppo, di parecchi colleghi, di negare ad essi la caratteristica di Ospedali. Prestai servizio per ben 14 anni in Cliniche psichiatriche ed in quelli che allora si chiamavano Manicomî. Così ho potuto seguire e constatare, prima direttamente, ora indirettamente e con una certa nostalgia, i progressi dell'assistenza e soprattutto della terapia dei malati mentali. Come negli altri ospedali, i pazienti sono assistiti e curati efficacemente; perciò troverei giustificatissima quella denominazione.

Quella di Istituti psichiatrici è d'altra parte poco chiara e può ingenerare equivoci, per-

chè già da tempo con tal nome sono denominati in alcune Università quelli annessi a Cattedre di psichiatria.

Del resto già da parecchi anni il nome di *Ospedale psichiatrico* fu *ufficialmente adottato* da varie Amministrazioni Provinciali, seguìte a poco alla volta dalle altre, ed è *consacrato* nel *progetto di Legge per l'assistenza ai malati mentali*, che da varî anni dorme negli archivi del Ministero dell'Interno.

Cordialmente GIANLUCA LUCANGELI.

Le considerazioni del prof. Lucangeli investono solo una questione di nomenclatura.

Questa può avere importanza, nel caso specifico, per i malati e le loro famiglie, in quanto ormai conviene bandire il termine di « manicomio » od i suoi derivati (io li ho di proposito evitati). Non ha importanza per i medici, i quali sanno bene come la cura degli alienati sia venuta evolvendosi e perfezionandosi negli ospedali psichiatrici, per usare la terminologia patrocinata dal Lucangeli (etimologicamente « ospedale » od « ospitale » denota soltanto l'ospitalità offerta ai malati; quindi non dice tutto ciò che il Lucangeli vorrebbe).

L'importante è che ci sia accordo nella sostanza. Ed in ciò apprezziamo il pieno assenso del prof. Lucangeli. A. POZZI.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

A. ALESSANDRINI, E. PAMPANA e M. SABATUCCI. *Gli esami di laboratorio. Tecnica e diagnostica.* Un vol. in-16° di 635 pag., 89 fig. in nero ed a colori e 3 tav. a colori. L. Pozzi, ed. Roma, 1932. Prezzo L. 50.

Il valido aiuto che oggi il laboratorio può dare al medico ed all'igienista ha ormai reso indispensabile questo mezzo d'indagine. L'esecuzione delle ricerche esige però conoscenze tecniche che possono acquistarsi soltanto con la lunga pratica sotto buoni maestri; ma una guida eccellente anche per chi debba fare affidamento unicamente sulle proprie forze ci viene ora offerta con questo manuale che gli AA. hanno dettato e che è frutto della loro larga e vasta esperienza.

Il dott. Sabatucci vi tratta la metodica generale, l'esame del sangue (chimico, fisico, batteriologico, immunologico) e del liquor; la tecnica delle diverse sieroreazioni, della Wassermann, la determinazione della glicemia, dell'azotemia, ecc. sono qui descritte in modo da renderle facilmente eseguibili.

Il prof. Alessandrini si occupa degli esami delle urine, delle feci, del latte, del succo gastrico, dell'espettorato, dei trasudati ed essudati. La tecnica batteriologica generale (colorazioni, preparazione dei mezzi di coltura), quella protozoologica, elmintologica ed entomologica sono state affidate al prof. Pampana.

I procedimenti più fini (ultrafiltrazione) come i più semplici sono qui descritti, da quelli della batteriologia generale (colorazione, colture, esperimenti sugli animali) alla speciale con la diagnosi dei diversi microbi e delle malattie. Ottimi anche i capitoli sullo studio degli ifomiceti, dei protozoi, sulla dissezione delle zanzare, sull'esame batteriologico, protozologico e parassitologico delle feci.

Da ultimo, troviamo alcuni capitoli sulle reazioni cutanee (tubercolina, Dick, Schick) e sugli esami anatomo-patologici (Sabatucci), nonchè sulla preparazione dei vaccini batterici e sull'esame delle acque (Alessandrini).

Tutti gli argomenti che interessano sia il medico per l'esame clinico, sia l'igienista per le ricerche di sua competenza, sono qui trattati in modo chiaro, pratico ed esauriente. Niente teorie, niente divagazioni generali; l'indicazione precisa del modo di procedere nelle ricerche, in modo che queste possano essere eseguite da chiunque abbia una modesta pratica di laboratorio, la scelta dei metodi più adatti, i criterî di interpetrazione dei risultati, sono tutti elementi che fanno di questo libro un prezioso compagno e maestro, tanto per chi dedica tutta la sua attività al laboratorio, quanto per chi è alle prime armi su questa via di indagine. *fil.*

E. C. CRACIUN. *La culture des tissus en biologie expérimentale.* Vol. in-8° di pagg. 450. Masson & C., Paris, 1931. Frs. 55.

Di pari passo con l'estendersi del metodo della cultura dei tessuti come strumento di ricerca, numerose opere compaiono che ne illustrano la tecnica ed i risultati.

La monografia del Craciun ci sembra pregevole tra le altre per l'indirizzo pratico della prima parte che prospettando con sufficiente dettaglio le varie tecniche può riuscire buona guida a chi voglia avventurarsi a sperimentare il metodo lontano da laboratori attrezzati all'uopo.

Alla parte tecnica segue la esposizione sintetica dei risultati ottenuti nei vari campi della biologia (citologia, batteriologia, oncologia, ecc.) per mezzo della cultura dei tessuti, esposizione che se pure non è aggiornata in modo tale da poter servire per consultazione bibliografica presenta un quadro sufficientemente esatto dei campi numerosi in cui il metodo può dare risultati fruttiferi.

Notevole la parte che riassume i risultati degli studi sui tumori maligni.

L'opera è corredata di numerose microfotografie e disegni in parte originali e in parte tolti da altri lavori che illustrano i punti di maggior interesse e di una ricca bibliografia aggiornata fino a circa il 1929. TORRIOLI.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Accademia Medica Pistoiese "F. Pacini".

Seduta del 25 settembre 1931,
tenuta in Montecatini Terme.
Presiede il prof. C. FRUGONI
Direttore Sanitario delle Terme di Montecatini.

L'influenza delle acque cloruro-sodiche sull'equilibrio acidi-basi espresso dai caratteri urinari.

Prof. RONDONI (Milano). — In sette soggetti (tutti senza gravi alterazioni del ricambio) si sono stabiliti per un periodo avanti la bibita delle acque (Regina-Tettuccio) e per un periodo durante questa, i valori urinari seguenti nelle urine del mattino a digiuno: peso spec. pH; acidità di titolazione; acidità formolo, quota di acidi legata ad NH_3 e per tanto Nam; N totale.

Si è trovato, attraverso a numerose e prevedibili oscillazioni individuali che:

1) In media i valori urinari considerati si sono di poco spostati durante la bibita.

2) Lieve riduzione dell'acidità totale, a carico specialmente della quota di acidi legata all'ammoniaca.

3) Lieve riduzione del pH: il che, confrontato col reperto precedente, fa pensare che si eliminino acidi a più alta costante di dissociazione in confronto ai fosfati monometallici vettori usuali e preferiti della acidità urinaria. Forse si eliminano acidi organici precedentemente ritenuti nell'organismo.

4) Oscillazioni notevoli del coefficiente di Hasselbach in vario senso, però con una certa prevalenza piuttosto in senso alcalosico che acidosico: non resta pertanto confermata la concezione che le soluzioni saline (in quanto rappresentate dalle acque deboli e medie di Montecatini nelle dosi usuali) imprimano sempre un orientamento acidosico; ma pare che queste acque abbiano piuttosto una influenza correttrice di impostazioni metaboliche abnormi.

Alcune azioni chimico-fisiche delle acque di Montecatini.

Prof. MESSINI e CIABATTINI (Padova). — Hanno studiato anzitutto la diffusione nella gelatina al 10 %, di vari colori sciolti nelle varie acque, in rapporto alla dispersività del colore, alla concentrazione delle varie acque, al pH della gelatina; la diffusione è stata tanto maggiore quanto più elevato era il grado di dispersività del colore usato, i colori acidi (tripanblau, eosina) diffondono maggiormente nella gelatina a pH elevato; i colori basici (fuxina, bleu di metilenc) nella gelatina a pH basso.

Hanno studiato la resistenza globulare media nelle varie acque in funzione della loro diluizione con acqua distillata; si è osservato che la resistenza globulare nelle varie acque aumenta regolarmente in funzione del Δ e ciò anche in confronto alla soluzione di Na Cl, senza che ci sia l'interferenza di alcuna azione protettiva o emolitica.

Hanno studiato il potere imbibente e disimbibente sul muscolo di omotermo (rana esculenta) delle varie acque in confronto a soluzioni di NaCl $Na_2 SO_4$ aventi un eguale Δ calcolato per interpolazione dai dati della lettura. Si può concludere che l'acqua della Sorgente Rinfresco e quella della Sorgente Tettuccio, provocano una imbibizione del muscolo progressiva in funzione del tempo, minore dell'imbibizione provocata dalla soluzione di Na 2SO4 aventi lo stesso Δ e maggiore di quella provocata dalla soluzione di NaCl; l'imbibizione è tanto maggiore quanto minore è il Δ della soluzione. Le acque delle Sorgenti Regina, Tettuccio e Torretta provocano una lieve disimbibizione tanto minore quanto minore è il Δ della soluzione. Il potere disimbibente dell'acqua della Regina è minore di quello della soluzione avente eguale Δ di NaCl e maggiore di quello della soluzione di $Na_2 SO_4$; il potere disimbibente delle acque Torretta e Tamerici è minore di quello delle soluzioni a eguale Δ di NaCl e di $Na_2 SO_4$.

Hanno studiato la persistenza della eccitabilità elettrica in muscoli di omotermo (Rana esculenta) immersi nelle varie acque in confronto alla persistenza dell'eccitabilità in soluzioni aventi eguale Δ di NaCl e di $Na_2 SO_4$, la persistenza dell'eccitabilità elettrica è minima nelle soluzioni di Na2SO4, aumenta nelle soluzioni di NaCl, ed è massima nelle varie acque, fatta eccezione per l'acque della Sorgente Rinfresco; nell'acqua della Sorgente Tettuccio si è avuta una persistenza dell'eccitabilità elettrica maggiore che in tutte le altre soluzioni sperimentate (compresa la soluzione fisiologica di Na-Cl) e molto vicina alla persistenza di eccitabilità che si ha nella soluzione di Ringer. Il fatto che rispetto all'eccitabilità elettrica, le acque delle sorgenti di Montecatini (ad eccezione dell'acqua del Rinfresco) si dimostrino più « fisiologiche » delle soluzioni di NaCl è certamente importante dal punto di vista biologico e dimostra come la particolare composizione chimico-fisica delle dette acque, rappresenti, specie a certe concentrazioni, un ambiente che si avvicina all'*optimum* per la persistenza di alcune proprietà biologiche nei tessuti isolati dell'organismo.

Uricoemia-glicemia ed eliminazione urinaria dell'acido urico sotto l'influenza delle acque di Montecatini.

Prof. M. MESSINI (Padova). — Ha studiato, su 24 soggetti, l'acido urico del sangue e il glucosio del sangue; queste ricerche venivano eseguite sul paziente a digiuno 2-4 volte prima dell'inizio della cura e 2-4 volte durante il periodo di cura; nelle urine, pressochè tutti i giorni, veniva tenuto conto della quantità, dell'acido urico eliminato nelle 24 ore, del peso specifico, e del pH nella prima urina della mattina.

In un gruppo di soggetti le varie acque furono date associate e nelle dosi che vengono comunemente prescritte a scopo terapeutico; altri soggetti furono trattati con una sola delle varie acque allo scopo di cercare di discriminare l'azione singola di queste. Infine in alcuni individui furono studiate sotto l'azione dell'acqua di fonte, e, rispettivamente, delle acque di Montecatini, le curve della uricoemia e dell'eliminazione urinaria dell'acido urico dopo l'iniezione endovenosa di g. 0,50 di acido urico in soluzione, o dopo l'ingestione di un pasto ricco di purine (timo). I risultati ottenuti sono i seguenti: la glicemia nei soggetti normali non subisce sensibili modificazioni. Le curve dell'acido urico del sangue e quelle dell'acido urico nelle urine nelle 24 ore possono essere di 4 tipi fondamentali: In un primo caso la curva dell'uricoemia, dopo l'inizio della

cura, si abbassa. mentre quella dell'acido urico delle urine si eleva, per cui le due curve si incrociano e dopo essersi incrociate assumono un andamento pressochè parallelo; in un secondo caso le dette curve dopo l'inizio della cura, si incrociano due volte; esiste cioè una diminuzione dell'uricoemia che non persiste molti giorni, contemporanea ad una scarica eliminatoria di acido urico per le urine; in un terzo caso l'uricoemia diminuisce sotto l'azione delle acque, ma la curva non si incrocia con quello dell'acido urico urinario, cioè l'eliminazione di questo non aumenta molto; in un quarto caso si può avere anche un fugace aumento dell'acido urico nel sangue dopo l'inizio della cura pure essendovi sempre l'aumento sia pure non persistente, dell'acido urico attraverso le urine.

Lo studio delle curve dopo l'iniezione endovenosa di acido urico e dopo il pasto ricco di purine, dimostra come anche in queste condizioni l'ingestione di dosi terapeutiche delle acque faciliti l'eliminazione dell'acido urico introdotto nell'organismo. Il pH urinario dimostrò generalmente una tendenza alla diminuzione salvo nei soggetti sottoposti all'ingestione dell'acqua Tamerici.

Tuttavia nella maggior parte dei casi il pH oscillò entro limiti molto stretti, il che deve certo attribuirsi all'uniformità della dieta alla quale erano sottoposti i pazienti, uniformità che ha dato anche una maggior sicurezza nell'interpretazione dei risultati sperimentali.

Ricerche sulle modificazioni chimico-fisiche del succo duodenale, sulla colesterinemia e sulla bilirubinemia in soggetti trattati con le acque di Montecatini.

Prof. MESSINI. — Ha eseguito una serie di ricerche praticando il sondaggio duodenale su soggetti pressochè normali e, prevalentemente, su ammalati di colecistite calcolosa. Il sondaggio veniva eseguito al mattino sul paziente a digiuno e del succo duodenale venivano studiati, la quantità (deflusso), l'aspetto, il colore, il pH, la densità, la viscosità, la tensione superficiale, la colesterina col metodo di Autenrieth lievemente modificato, la bilirubina; veniva infine esaminato il sedimento.

Negli stessi soggetti venivano determinate la colesterina e la bilirubina sul sangue prelevato a digiuno.

Furono studiate le variazioni del succo duodenale immediatamente dopo la somministrazione delle acque e le variazioni a distanza dopo la somministrazione delle acque per vari giorni, e precisamente, per un numero di giorni (12-14) corrispondente a quello che si suole di solito prescrivere a scopo terapeutico.

Fu studiata l'azione delle varie acque direttamente sul duodeno iniettandole attraverso la sonda; ma prevalentemente furono somministrate, per via gastrica, quelle quantità che sogliono essere consigliate a scopo terapeutico e ciò allo scopo di poter riferire direttamente alla pratica i risultati sperimentali. Negli esperimenti eseguiti allo scopo di studiare sia l'azione immediata che l'azione a distanza delle acque queste furono impiegate sia associate fra loro come si prescrive a scopo terapeutico, sia isolate, allo scopo di cercare di discriminare la loro singola azione.

Le conclusioni sono fondamentalmente le seguenti: le variazioni che subisce il succo duodenale in seguito alla introduzione delle acque nell'organismo, sono più notevoli per la via d'introduzione gastrica, fisiologica, che per la via duodenale.

Sia nell'esperienze in cui si studiavano le variazioni immediate del succo duodenale, sia in quelle in cui si studiavano le variazioni a distanza sotto l'azione delle acque, le modificazioni più intense si ebbero con le acque a concentrazione salina non elevata (Tettuccio, gr. di sali per litro 6,23 e Regina gr. di sali per litro 12,31), più deboli con le acque a concentrazione elevata (Torretta gr. di sali per litro 14,14 e Tamerici gr. di sali per litro 17,10), pressochè assenti con l'acqua della sorgente Rinfresco (gr. di sali per litro 3,35).

Sotto l'azione dell'acqua lievemente ipotonica del Tettuccio e di quella lievemente ipertonica della Regina, somministrate attraverso la sonda o meglio per via gastrica, si è ottenuto in una elevata percentuale di casi, un succo duodenale con maggiore velocità di deflusso, con colore più intenso, con pH che, specie nei casi in cui per condizioni patologiche era acido, tende all'alcalinità, con diminuzione della viscosità e della tensione superficiale e soprattutto con forte aumento della colesterina e della bilirubina.

I valori più alti della colesterina nel succo duodenale si hanno dopo 6-7 giorni dall'inizio della cura; in seguito la quantità di colesterina nel succo duodenale tende a diminuire; la biliribuna ha un comportamento analogo.

Mentre nei soggetti che non sono stati sottoposti alla cura le variazioni immediate del succo duodenale si fanno talora sempre più intense colla somministrazione successiva dello stesso tipo di acqua e di varie acque, nei soggetti che hanno bevuto per vari giorni dosi terapeutiche delle acque, le variazioni immediate del succo duodenale dopo la somministrazione dell'acqua attraverso la sonda o per via gastrica è molto minore.

La colesterinemia diminuì nei casi in cui prima dell'inizio della cura si erano osservati valori elevati, diminuì lievemente, ma non sempre, nei casi in cui prima della cura si ebbero all'inizio valori bassi; un comportamento pressochè analogo ebbe la bilirubinemia.

È possibile concludere che le acque delle sorgenti Tettuccio e Regina esercitano sul fegato un'azione molto intensa la cui caratteristica fondamentale riguarda l'aumento del deflusso, la diminuzione della viscosità e della tensione superficiale, l'aumento del pH, della bilirubina e soprattutto della colesterina, cui corrisponde nei casi patologici una diminuzione della colesterina e della bilirubina nel sangue.

Il Segretario: CANTIERI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

TECNICA MEDICA

La terapia inalatoria.

Dott. Mario Mancioli,
assistente volontario della Clinica Otorino-laringoiatrica della R. Università di Roma.

La terapia inalatoria usata spesso in modo empirico ed affidata a personale non tecnico suscitò per molto tempo e a più riprese nel mondo medico ammiratori e detrattori a seconda che i risultati che si ottenevano erano favorevoli o contrarî ai desideri dei clienti e dei medici curanti.

In questi ultimi anni però, migliorati i macchinari, perfezionata la tecnica, moltiplicate le osservazioni cliniche, la terapia inalatoria ottiene non solo un indiscutibile successo come cura delle malattie catarrali delle prime vie respiratorie ma sopratutto rappresenta un mezzo nuovo per l'introduzione nell'organismo dei più svariati rimedi, assumendo così una fondamentale importanza negli Istituti per la cura dell'adenoidismo.

Cenni storici. A tutti è noto come fin dai remoti tempi si cercò in vario modo di agire sul nostro organismo con sostanze aromatiche e medicamentose attraverso le vie respiratorie (fumigazioni). Le prime inalazioni furono praticate con sostanze volatili a temperatura ordinaria, e facilmente diffusibili nell'aria per la semplice azione del calore ambiente; così le inalazioni di aceto, etere, cloroformio, nitrito di amile, acqua antisterica, ecc., aspirate mediante la comune maschera, o più semplicemente versate sopra una pezzuola. Si ricorse poi a sostanze (trementina, mentolo) che si volatilizzano per l'azione dell'acqua calda.

Successivamente si pensò di somministrare per inalazione anche sostanze solubili non volatili, le quali potessero essere ridotte in particelle minutissime, facendo sbattere la loro soluzione contro un corpo solido col meccanismo delle cascate d'acqua, o delle grandi fontane (nefogeni tipo Sales-Giron); ovvero facendole uscire con forza da un tubicino capillare (nebulizzatore tipo Mathieu de la Drôme); od anche facendo aspirare o proiettare la soluzione dalla forza di aspirazione e pressione del vapore d'acqua prodotto in una piccola caldaia (idroconio di Siegle).

Finalmente si studiò il mezzo di nebulizzare le soluzioni medicamentose, sostituendo alla forza di aspirazione e proiezione del vapor d'acqua, quella dell'aria compressa.

Vennero così costruiti svariati apparecchi, rispondenti ai tipi di Mathieu, Bergson, Sales-Giron, Tournié, Lewin, Wassmuth, Bulling, ecc.; i quali tutti forniscono nebbia più o meno grossolana ed umida, e sono adoperati per inalazioni individuali e dirette.

La pratica aveva fatto osservare che le nebbie grossolane ed umide non potevano assicurare la penetrazione delle sostanze medicamentose fino alle ultime diramazioni dell'albero bronco-polmonare; esse inoltre erano causa di non pochi inconvenienti dovuti alla umidità che le accompagna, e richiedevano anche l'uso di mezzi atti a proteggere le persone e gli abiti.

Il sistema inalatorio Körting segnò un sensibile progresso su quelli precedenti, sia per la produzione di nebbie meno umide e più fini; sia anche per la possibilità di somministrare le inalazioni a molte persone contemporaneamente. Ma anch'esso presentava non trascurabili inconvenienti in pratica, perchè oltre il fatto che le sue nebbie non sono, o non rimangono, completamente asciutte, il che richiede l'azione del calore, è causa nella stagione estiva di abbondante sudore e durante l'inverno rende indispensabile ai pazienti il soggiorno temporaneo in appositi locali prima di potersi esporre impunemente al freddo esterno.

Gli sperimentatori continuarono cambiando il dispositivo ad utilizzare l'aria compressa per riuscire ad ottenere un pulviscolo asciutto (costituito da granuli o cristallini minutissimi) che si fosse mantenuto tale anche nella sala d'inalazione; a tale risultato si potè giungere purchè l'acqua contenuta nella soluzione inalante non oltrepassando il Kg. 0,500 per 100 mc. di aria ambiente, non avesse raggiunto il punto di saturazione.

Su tale principio si basa il polverizzatore rotativo Inhabad, il polverizzatore Ruata, quello di Corti, di Nicolai, quello di Stefanini-Gradenigo ed altri i quali tutti consistono in un piccolissimo getto di liquido fortemente spruzzato dall'aria compressa e frantumato contro pareti di metallo o di vetro in modo che solamente la parte secca viene lanciata nell'ambiente, mentre quella liquida ricade nella vaschetta dell'apparecchio stesso.

L'esperienza aveva dimostrato che la secchezza delle nebbie e la piccolezza delle particelle (cristalli) che le costituiscono sono condizioni indispensabili per la loro più o meno profonda penetrazione nelle riposte anfrattuosità delle fosse nasali e dei seni paranasali, nell'orecchio medio, nei diverticoli laringei e nelle ultime diramazioni dell'apparato respiratorio.

E' provato che le nebbie umide si arrestano facilmente sui primi ostacoli che incontrano nelle vie aeree; e quindi la loro azione terapeutica locale e generale deve risultarne necessariamente molto limitata; senza tacere dell'irritazione e dei consecutivi noiosi riflessi che esse ordinariamente provocano a livello del naso e della gola.

Che la nebbia perfettamente asciutta ottenuta con l'aria compressa penetri nell'albero bronco-polmonare fu sperimentalmente dimostrato dal Nicolai usando la nebbia prodotta coll'acqua solfidrica di Monte Alfeo (1). Altri sperimentatori lo dimostrarono e i risultati clinici ne hanno fatto la più lucida conferma.

In un'ora di permanenza in una sala di inalazione s'introducono nei polmoni 600 litri di aria carica di nebbia. Tenendo conto che ogni metro cubo d'aria contiene in media gr. 0,765 della sostanza medicamentosa ne verrebbero inspirati in un'ora gr. 0,459 dei quali almeno i 2/3 cioè gr. 0,30 penetrerebbero, secondo Gradenigo, nei polmoni. L'uniformità e la estrema piccolezza dei cristallini sospesi nelle nebbie inalate permette una maggiore penetrazione nell'albero polmonare e quindi una maggiore efficacia della cura.

L'efficacia della cura inalatoria sta dunque nell'assorbimento per via polmonare; è affatto inutile che la nebbia sia più ricca di sali se poi essa (per il maggior volume dei granuli) resta per la maggior parte in bocca ove l'assorbimento è minimo.

Occorre invece l'introduzione di una dose sufficiente di sali estremamente frazionati in modo che sian portati a contatto diretto di tessuti nei quali si compie l'ematosi.

(Per esempio per il cloruro sodico la dose massima utile deve essere di gr. 0,30).

Questi principi dimostrano che la terapia inalatoria non è più come fino a pochi anni or sono, limitata alla cura dei catarri naso-faringei (per cui esistono anche dei polverizzatori a getto diretto) ma assurge ad un mezzo di terapia che permette di introdurre nell'organismo i più svariati medicamenti per via diretta; l'assorbimento attraverso la mucosa delle prime vie aeree e per l'apparato respiratorio stesso è equivalente se non per rapidità per una non minore e completa efficacia a quello che avviene per via endovenosa di cui non presenta gli svantaggi e i pericoli.

I risultati da noi avuti sugli alunni delle Scuole del Governatorato (2) dimostrano i mirabili effetti della terapia inalatoria calcica e salsoiodica sull'adenoidismo e ne fanno fede i seguenti risultati:

Alunni sottoposti alla sola terapia inalatoria con acqua naturale di Salsomaggiore (15 giorni di cura con mezz'ora al giorno di sosta nella sala dell'inalatorio):

a) alunni curati: 5299;

b) aumentati di peso: 3595, media di aumento di peso per ciascuno almeno gr. 441;

c) aumentati in altezza: 2731, media di aumento in altezza per ciascuno almeno centimetri 0,86;

d) aumentati in perimetro toracico: 3123, media di aumento del perimetro toracico centimetri 1,33.

Gli apparecchi inalatori che servono per curare una persona per volta si dicono apparecchi per inalazioni individuali; così i comuni piccoli polverizzatori, inalatori e nefogeni. Quelli che servono per la cura contemporanea di più persone si dicono apparecchi per inalazioni collettive, o inalatori ad ambiente.

Lo stesso compressore dell'aria per le inalazioni collettive può anche servire con un sistema di derivazioni ad azionare dei polverizzatori individuali. Per mezzo di questi si ottiene, attraverso un tubo di gomma ed un'oliva nasale di vetro che viene appoggiata alle narici del paziente, un vero travaso diretto della nebbia dall'apparecchio che contiene il medicinale alle prime vie respiratorie. Uno speciale dispositivo elettrico permette a volontà, un opportuno riscaldamento della nebbia medicamentosa.

Fra i piccoli apparecchi inalatori individuali, che producono nebbie abbastanza fini e che possono essere utili in pratica (quando non possa aversi l'opportunità di usufruire delle moderne e più perfette installazioni inalatorie) dobbiamo ricordare gli atomizzatori Wiechmann, Mantovani e Deca, i quali secondo i casi possono riuscire molto utili in pratica.

Applicazioni pratiche. Le moderne inalazioni con nebbie secche sono state applicate, specialmente con acque cloruratosodiche e salsojodiche, nelle affezioni catarrali sub-acute e croniche delle vie respiratorie.

L'inalatorio a secco più conosciuto è quello di Salsomaggiore, la cui acqua salso-bromojodica viene generalmente impiegata alla concentrazione di 16° Baumé.

---

(1) Atti XIV Congr. Soc. Ital. Otorin. (Relazione).

(2) M. MANCIOLI. *La cura dell'adenoidismo e i suoi risultati nel primo biennio di funzionamento dell'Istituto Governatoriale.* Valsalva, 1930.

L'acqua di Salsomaggiore concentrata e deferrizzata può essere conservata in damigiane e adoperata per inalazioni anche lontano dalla sorgente, nelle medesime condizioni e con la stessa efficacia che presenta sul luogo di origine, in tutti i mesi dell'anno, per combattere tempestivamente e adeguatamente le così frequenti affezioni catarrali del naso, dell'orecchio, della gola e dell'albero tracheo-bronchiale, facendo in tal modo anche la profilassi della maggior parte delle malattie infettive, per la difesa della salute negli individui e nella Società.

Ho iniziato esperienze di terapia inalatoria con diverse acque minerali ottenendo risultati notevoli che però sarebbe ancora prematuro pubblicare: importantissimi sono i risultati ottenuti con acque solfidriche e ferruginose.

La terapia inalatoria a secco è stata anche applicata con successo per la somministrazione generosa di soluzioni di sali di calcio semplici od associati ad estratti glandolari sia nella sordità famigliare (otosclerosi), che nella tubercolosi laringea, ghiandolare, ossea e polmonare, nella rachitide, nella osteomalacia, nella nefrite gravidica, nella disfunzione di ghiandole endocrine, nella spasmofilia e nel laringospasmo dei lattanti, nella corizza e nell'asma da fieno, in alcune forme di asma bronchiale, nella debolezza organica consecutiva a protratta convalescenza, ecc. La terapia inalatoria calcica riesce sempre utilissima nei soggetti vago-tonici dai quali non sono tollerate le inalazioni salso-jodiche o clorurato-sodiche.

La terapia inalatoria ha ottenuto incoraggianti risultati nella somministrazione di ioduri alcalini, salicilato di sodio, preparati mercuriali, soluzioni balsamiche; ed è altresì preconizzata per rendere più rapida ed efficace l'azione locale e generale dei sieri e dei vaccini.

La varietà delle sostanze che possono essere « inalate », richiede naturalmente una chiara conoscenza, non solo delle indicazioni ma anche e sopratutto delle controindicazioni. Quindi i medici che vorranno inviare i loro clienti agli inalatori o dovranno accompagnarli con la diagnosi e rimettersi al medico dell'inalatorio per la scelta della cura, o, molto meglio, potranno essi stessi prescrivere il genere d'inalazione che desiderano far praticare ai loro clienti, attenendosi alle norme generali che qui sotto sommariamente elenchiamo.

Indicazioni - Controindicazioni.
Terapia inalatoria.

I. *Polverizzazioni a secco*, con acqua di Salsomaggiore (nebbia secca). Azione locale: affezioni catarrali, subacute e croniche della mucosa nasofaringea e laringea specie a tipo atrofico o legate a linfatismo, scrofolosi, artritismo o pregressa lue. Catarro tubarico e otite media catarrale sostenute da catarro cronico rinofaringeo. Affezioni a lento decorso delle vie respiratorie profonde; catarro bronchiale; bronchite secca; enfisema polmonare; postumi di pleurite, pleuropolmonite e broncopolmonite. Dopo interventi chirurgici endonasali per accelerare la restitutio ad integrum e allontanare eventuali essudati.

Azione generale: Affezioni del ricambio e costituzionali (artritismo, uricemia, arteriosclerosi, linfatismo, scrofolosi, sifilide secondaria e terziaria specie con localizzazioni nella mucosa respiratoria.

Controindicazioni. Flogosi acute; tumori maligni dell'apparato respiratorio; tubercolosi polmonare e laringea; artritismo, gotta, asma bronchiale durante i periodi accessuali; diabete; affezioni cardiache e renali; tonsilliti criptiche ricorrenti; suppurazioni croniche nasali da empiema dei seni. La cura salsojodica non deve essere eseguita contemporaneamente alla calcica.

II. *Inalazioni caldo-umide a getto diretto*, con soluzioni titolate.

Azione locale in affezioni catarrali acute, subacute e croniche delle prime vie respiratorie con fenomeni d'irritazione per cui le inalazioni secche sono mal tollerate.

III. *Inalazioni individuali*:

a) nebbia secca calcica (semplice od associata ad *estratti glandolari*):

1) *a scopo rimineralizzante*: rachitismo, osteomalacia, ritardo di consolidamento di fratture, affezioni dentarie (carie, decalcificazione della dentina, perdita dello smalto, otosclerosi, deficente sviluppo, convalescenze protratte;

2) *a scopo antiemorragico*: emofilia, porpora, emorragie organi interni;

3) *a scopo antispasmodico*: sedativo: tetania, spasmofilia, stati ipertiroidei;

4) *a scopo antiessudativo*: contro i fenomeni di anafilassi: essudati pleurici e peritoneali, orticaria, corizza e asma da fieno, esantemi consecutivi a iniezioni di sieri.

Controindicazioni: Nei soggetti nei quali può temersi una trombosi (arteriosclerosi, artritismo calcico). La cura calcica non deve essere eseguita contemporaneamente alla salsojodica;

b) nebbia secca ematogena: nella cloro-anemia legata a linfatismo o a scrofolosi, associata, a giorni alterni alla terapia salsojodica.

Controindicazioni: Malattie febbrili, emorragie in atto o cessate di recente, specie broncopolmonari;

c) nebbie balsamiche: nelle affezioni catarrali delle prime vie respiratorie subacute e croniche;

d) nebbie solfidriche: nelle affezioni catarrali subacute e croniche della mucosa nasofaringolaringea e bronchiali che non sopportano il trattamento salsojodico. Nelle affezioni da alterato ricambio, affezioni cutanee, eczemi, dermatiti, acne, piodermiti;

f) nebbie secche di joduro di potassio e di salicilato sodico in sostituzione della cura per via gastrica mal tollerata;

g) nebbie salsojodiche, come ai numeri 1 e 2.

CASISTICA E TERAPIA.

Le scissuriti tubercolari dell'infanzia.

Col nome di scissuriti, M. Péhu e L. Faure (*Revue de médecine*, giugno 1931) indicano un'infiammazione plastica od aderenziale o fibro-connettiva che interessa i margini o la totalità della scissura interlobare, non includendovi i versamenti sia liquidi che gassosi.

L'esame clinico non permette che raramente di fare la diagnosi di scissurite, in quanto che i segni fisici non sono caratteristici, quelli funzionali sono raramente indicati dal bambino, mentre i segni generali sono variabili. L'evoluzione varia con la natura e la gravità delle lesioni associate ed i segni sono soprattutto derivanti da altri organi.

È la radiologia che permette di riconoscere la scissurite, di seguirne l'evoluzione e di fare la prognosi. Parecchie tecniche, di cui ciascuna ha i suoi vantaggi e degli inconvenienti sono state preconizzate e tutte dovranno essere messe in opera successivamente. La scissurite si presenta sulle radiografie ora sotto la forma di una semplice linea trasversale, ora di un vero nastro, ora invece è costituita da due immagini sovrapposte; qualche volta ha l'aspetto di un triangolo a base mediastinica con la punta che si avanza nel parenchima.

L'evoluzione è variabile secondo la natura della lesione. La scissurite ha soprattutto valore per la diagnosi di tubercolosi e rivela la natura di certe bronchiti prolungate, delle cortico-pleuriti, delle adenopatie mediastiniche, delle manifestazioni cutanee, delle nefriti e di certe cachessie dei poppanti, di cui l'eziologia è talora difficile da precisare.

La radiologia non permette di dire se la scissurite ha origine parenchimatosa o se il substrato anatomico è rappresentato da un'infiammazione proveniente dai gangli caseosi, che raggiunge la pleura interlobare e la mediastinica.

In generale, si può dire che se la scissurite interessa le parti laterali del torace, lontane dall'ilo vi è molta probabilità che indichi una lesione parenchimatosa. Si impongono invece delle riserve se la lesione si osserva nella metà interna del torace. Ad ogni modo, la scissurite indica sempre l'origine tubercolare, il che è della massima importanza. *fil.*

La questione della tubercolosi nei primi 3 anni di vita del bambino.

In rapporto alle ricerche fatte in varie nazioni sulla mortalità per tubercolosi dei bambini nei primi anni di vita, provenienti da famiglie tubercolose, J. Ostewfeld e R. Kjer-Petersen (*Zeitschr f. tuberk.*, novembre 1931) hanno voluto condurre ricerche analoghe in Kopenhagen.

La mortalità di tali bambini fu del 78:1000, minore cioè della mortalità totale di tutti i bambini nei primi anni di vita, che si aggirò nel 1920-1924 intorno all'88:1000.

La mortalità per tubercolosi fu poi del 6,1:100, al confronto di quella data da Calmette, le cui cifre salgono al 25-32:100.

Poichè poi è opinione della maggioranza dei pediatri che i bambini nei primi due anni di età sono sicuramente tubercolosi se presentano una cutireazione positiva, indipendentemente da qualsiasi manifestazione clinica del processo tubercolare, gli AA. hanno studiato un simile fatto anche nel loro materiale. A tale scopo hanno seguito per 17 anni consecutivi i soggetti sottoposti in prima età alla cutireazione, constatando come una infezione tubercolare nei primi due anni di vita non è da considerarsi come una malattia che richieda di essere curata.

È stata poi studiata l'importanza clinica ed epidemiologica della presenza dei bacilli della tubercolosi nell'acqua di lavaggio dello stomaco dei piccoli bambini con Pirquet positiva, mettendo in rilievo il valore profilattico sociale e le speciali indicazioni terapeutiche che ne possono derivare, in caso di reperto del bacillo. M. FABERI.

La coriza grave del neonato.

La coriza del neonato è un'affezione grave che può portare a morte. Dupont-Lapointe (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 20 ott. 1931) ne segnala un caso. Il neonato, vigoroso, è stato preso al terzo giorno dalla nascita da un raffreddore. Esso continua a poppare bene per 4 giorni successivi. Ma la coriza diventa più intensa, una grande quantità di muco liquido e giallastro scola dalle narici.

Si fanno fumigazioni emollienti, lozioni di latte tiepido sul margine infiammato delle narici. All'ottavo giorno, il bambino non succhia più e si tenta di nutrirlo con cucchiaio. La suzione e la deglutizione sono impossibili; le fosse nasali sono turate da muco albuminoso che si estende fino alle retrocavità nasali. L'asportazione di alcune pseudomembrane non porta miglioramenti. Otto giorni dopo la comparsa della coriza, il bambino muore.

L'A. ritiene che questa causa di morte del neonato sia più frequente di quanto generalmente si crede. Da ciò la necessità di tenere il neonato più al riparo dal freddo che sia possibile. *fil.*

Cura medica della pleurite da pneumococco nell'infanzia.

C. Artusi (*Riv. di clinica pediatrica*, sett. 1931) ha usato il metodo di cura proposto dal Cocchi: evacuazione del pus mediante puntura, lavatura della pleura con soluzione fisiologica, introduzione di taurocolato di sodio (1-3

grammi secondo la capacità del cavo pleurico (l'A. non dà il titolo della diluizione).

Ha curato in tal modo 17 bambini da 1 a 10 anni: uno solo (dell'età di 12 mesi) è morto, mentre gli altri sono guariti bene e quasi tutti in tempo breve (7-8 settimane). In quattro, fu necessario ricorrere alla costotomia, essendosi ritenuta insufficiente la cura medica. Quindi, il 94 % di guarigione, di cui il 75 % con la sola cura medica.

Le punture evacuative e le lavature della pleura sono stati sopportati bene; soltanto 2 volte, l'A. dovette ricorrere al cloruro di etile. Gli interventi furono complessivamente 81; in un caso furono 11. Il taurocolato venne sopportato ottimamente. In 6 casi, insorse un pneumotorace, che non ha influenzato sfavorevolmente il decorso e la durata della malattia.

L'A. ritiene che in tutti gli empiemi da pneumococco conviene tentare in primo tempo questa cura medica, specialmente quando si tratta di forme parapneumoniche con abbondante pus fluido ed in bambini piccoli. Nella maggioranza dei casi, 1-2 mesi sono sufficienti per ottenere la guarigione. La costotomia secondaria negli empiemi più ostinati è molto meno pericolosa che quella precoce e, nei pazienti dell'A., è sempre stata seguita da guarigione.

Il lavoro, molto ampio, è accompagnato da numerose radiografie e da grafiche. *fil.*

Il trattamento dell'anemia infantile.

Si viene sempre più confermando l'opinione che il ferro ad alte dosi possa guarire l'anemia infantile secondaria. H. Josephs (*Bull. Johns Hopkins hosp.*, ott. 1931) riporta le osservazioni di 44 bambini dell'età di 3 mesi a 2 anni, che vennero trattati con successo in tre stadii con ferro e ferro con rame. Nel primo stadio, che costituiva un periodo di osservazione talvolta omesso, non si somministrava ferro. Nel secondo, che pure venne talvolta omesso, si somministrava una soluzione di citrato di ferro ammoniacale al 10 % a dosi giornaliere di 2 cmc. per Kg. di peso.

Nel terzo stadio si aggiungeva una soluzione al 0,5 % di solfato di rame in ragione della metà. Il rame, di cui la dose veniva suddivisa in due somministrazioni, veniva dato sempre nel latte. Non se ne ebbero effetti sgradevoli sebbene nei bambini più grandicelli tale dose provocasse talvolta vomito e diarrea.

La formazione del sangue può essere divisa in due funzioni, l'attività emopoietica (misurata dall'aumento dei reticolociti) e la sintesi dell'emoglobina. L'A. afferma che il ferro, dato a dosi medicinali, stimola l'attività emopoietica ed il suo effetto si manifesta anzitutto sui reticolociti e secondariamente, sull'emoglobina (dopo un periodo latente). Il rame avrebbe l'effetto di accelerare la formazione dell'emoglobina e sarebbe un fattore necessario anche quando il tessuto emopoietico è stato bene stimolato; esso, invece, non avrebbe effetto sui reticolociti.

Nella serie dei casi dell'A., la rapidità della guarigione non fu influenzata dalla dieta ed il ferro medicinale venne trovato di molto superiore a quello fornito con gli alimenti, per la rapidità della guarigione. *fil.*

Il trattamento delle anemie del poppante.

Lereboullet (*Journ. des praticiens*, 28 nov. 1931) consiglia anzitutto di modificare lo stato generale e di istituire il trattamento dell'infezione o dell'intossicazione che è all'origine dell'anemia; fra l'altro, dei disturbi digestivi, delle infezioni cutanee o broncopolmonari, della tubercolosi, l'eredosifilide, ecc.

Stabilire inoltre la cura del rachitismo, spesso associato; preparati calcici, olio di fegato di merluzzo, raggi ultravioletti, ergosterina irradiata.

La nozione di *carenza del ferro* impone di somministrarne (protossalato, tartaro di ferro e di potassio), anche in forma di alimenti ricchi di ferro (spinaci).

È inoltre necessario dare ogni giorno della vitamina C, sotto forma di succhi di frutta fresche, specialmente se si sospetta un'anemia legata allo scorbuto.

Si cercherà inoltre di stimolare l'ematopoiesi, utilizzando gli estratti di milza, il midollo osseo, od il fegato, mediante la cura istituita da Whipple. Il fegato crudo si può dare in forma di succo, oppure, finamente tritato e mescolato alla marmellata. Epstein consiglia di aggiungere a 200 grammi di acqua 80 g. di farine diverse ed 1 g. di sale, poi 80 grammi di fegato di vitello schiacciato; si fa cuocere per 1/2 ora a bagno-maria, lo si passa allo staccio, si inzucchera e si mescola con volume uguale di tè leggero o di latticello. Tale miscela è molto nutriente e si può dare col poppatoio.

Nei più grandicelli, (15-20 mesi) si può dare il fegato appena cotto tagliato in pezzettini in una purè di patate.

La dose di fegato è di 40 grammi per 10 Kg. di peso.

Anche l'ematoterapia può stimolare l'ematopoiesi; si fanno iniezioni endomuscolari di siero o, meglio, di 10-20 cmc. di sangue totale, generalmente sangue materno. L'uso della trasfusione sanguigna, nelle anemie gravi è logico, se non sempre utile; trattasi di un metodo molto delicato.

Gli altri metodi terapeutici preconizzati per gli adulti non sono adattati per i poppanti.

fil.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Contributo allo studio della genesi dei monociti.

La questione della genesi dei monociti, nonostante le numerosissime ricerche da parte di Autori di tutto il mondo non è ancora risolta, anzi, in quest'ultimi tempi, le discussioni si sono fatte sempre più vivaci ed interessanti, specie in seguito allo studio (per opera sopratutto di Bloom e Lang, della scuola di Maximow) della monocitosi sperimentalmente provocata nel coniglio col « *Bacterium monocytogenes* », germe isolato in Inghilterra da Murray in conigli e cavie morti per una malattia spontanea ad andamento epidemico.

Le ricerche di questi AA. hanno riaccesa la questione sulla teoria, già da parecchi anni sostenuta da Maximow e da altri AA., dell'origine dei monociti dai comuni linfociti del sangue circolante, teoria che non era seguita dalla maggior parte dei ricercatori essendo molto più accreditata l'opinione di Pappenheim e Ferrata i quali ammettevano un'origine midollare del monocito, facendolo derivare dall'emocitoblasto attraverso una fase intermedia in cui il monocita immaturo presenta caratteri intermedi fra l'emocitoblasto e il monocito maturo, fase di monoblasto, secondo Ferrata.

Considerando l'importanza del problema ed avendo avuto l'occasione di provocare nel coniglio un'intensa monocitosi (40-45 %) coll'inoculazione di virus vaccinico sulla cute e sulla cornea, L. Cattaneo (*Haematologica*, fascicolo 6, 1931) ha pensato di compiere uno studio sistematico del modo di comportarsi dei monociti nel sangue e negli organi di questi animali per vedere se anche in questa monocitosi, la quale molto si avvicina a quella di Bloom ed altri AA., fossero constatabili modificazioni atte a contribuire alla soluzione del problema dell'origine dei monociti.

La monocitosi che si ottiene con inoculazione di neurovaccino è monocitosi semplice, perchè i monociti sono in grandissima maggioranza maturi, riscontrandosene pochissimi con caratteri di giovinezza o anche a tipo endotelioide. I linfociti si presentano in percentuale proporzionalmente ridotta e con i tipici caratteri nucleari e protoplasmatici, senza che ad alcuni di essi si possano riconoscere quelle modificazioni che secondo Bloom starebbero ad indicare un processo di evoluzione verso i monòciti.

Gli elementi considerati da Bloom quali linfociti in evoluzione monocitogena devono invece essere interpretati quali semplici piccoli monociti, come risulta documentato dai reperti del sangue periferico e degli organi, specie il fegato.

Riguardo alla questione della monocitogenesi l'A. conclude con l'affermare che nessun elemento è risultato favorevole ai rapporti genetici fra linfociti e monociti, mentre invece non mancano dati che avvicinano i monociti agli elementi reticolo-endoteliali: su quest'ultima ipotesi è però da porsi qualche riserva.

G. LA CAVA.

MEDICINA SOCIALE.

La emigrazione interna nei rapporti con la malaria.

È noto, rileva Ravicini (*Difesa sociale*, agosto 1931), che la malaria si mantiene e si riproduce ogni anno con epidemie periodiche estivo-autunnali nelle località che ne sono infestate, con maggiore o minore diffusione, per due fattori essenziali: la permanenza continua, in quelle località, di persone malariche, e le rinnovate generazioni, a primavera, di larve anofeliche, prodotte dagli insetti alati ibernanti.

Basta perciò la eliminazione completa di uno di questi fattori per evitare il ripetersi delle epidemie malariche: ma ciò se è facile sulla carta, è difficile in pratica.

Le persone che vivono permanentemente nelle zone paludose sono tutte malariche in atto o portatrici di germi della malattia ma ritraggono dall'abitudine dell'ambiente locale una specie di immunità. Se in una zona malarica siffatta si trasportano durante l'estate (migrazione temporanea) operai provenienti da regioni immuni di malaria, i risultati sono disastrosi: e gli esempi non mancano nella storia delle bonifiche.

Se invece di una migrazione temporanea si stabilisce una migrazione permanente, trasportando gli operai nella zona malarica durante l'inverno, dopo avere attuato una energica *bonifica umana* nella popolazione fissa del territorio, i risultati sono meravigliosi. Le masse lavoratrici, chiamate nell'inverno a popolare zone malariche non vi troveranno, per la bonifica attuata di quasi tutti i pochi abitanti fissi di quelle zone, i focolai tremendi d'infezione, potranno quindi acclimatarsi nella nuova residenza con rari e forse non gravi casi di malattia e prendere ogni cautela per difendersi da ogni eventuale causa superstite d'infezione: sarà quindi a loro possibile così restare in permanenza nella località dove furono chiamati, effettuandone il vero e fisso popolamento, insieme alla redenzione della terra. Il Governo ha già compreso l'importanza di questo metodo di bonifica e lo ha già applicato, ad esempio, nella colonizzazione di Ostia e di Maccarese.

L'Italia, che vide sorgere e dilagare nell'abbandono del M.E. lo spettro funesto della malaria, ebbe pure la fortuna di contare valorosi pionieri nello studio dell'arduo problema: occorre trarre dai loro meravigliosi insegnamenti la forza e la perseveranza per combattere e distruggere il pericolo che insidia la vita dei nostri lavoratori e che costituisce un grave perturbamento per la nostra razza.

G. LA CAVA.

RUBRICA DELL' UFFICIALE SANITARIO

Il regolamento sull'impiego dei gas tossici.

Così all'estero come in Italia ha ormai larga applicazione pratica l'industria dei gas tossici. Questi gas infatti, che al pubblico sono specialmente noti per la loro azione deleteria sull'organismo, e per il loro uso come strumento di guerra, servono anche a scopi meno micidiali e trovano impiego nella profilassi delle malattie infettive e parassitarie dell'uomo e degli animali, nella prevenzione e nella cura di malattie parassitarie delle piante, e nella distruzione di insetti o di altri animali incomodi o nocivi. L'igiene pubblica, l'agricoltura ed il commercio (per la preservazione di merci diverse) possono quindi vantaggiosamente sfruttare le proprietà caratteristiche dei gas tossici. Inoltre uno sviluppo di gas tossici, indipendentemente dal loro impiego come tali, può aversi in numerose industrie in cui si fa uso di sostanze gassose dotate di azione tossica o di prodotti chimici che, nei processi di lavorazione, danno luogo ad emanazione di vapori tossici; ricordiamo per es., l'ammoniaca (industria del freddo ed altre), l'anidride solforosa (industrie varie), le benzine contenenti composti organometallici (particolarmente la benzina mescolata con piombotetraetile o etilgas) usate come carburanti, i cianuri ed il cloro (in molte industrie), il fosgene (industria tintoria), il solfuro di carbonio (in molteplici applicazioni industriali), la cloropicrina, il cianogeno, ecc.

L'impiego di tutte queste sostanze non è scevro di gravi pericoli, sia per gli operai che vi accudiscono, sia per coloro che, per necessità od accidentalmente, frequentino gli ambienti in cui si usano, come locali di abitazione, navi, ospedali, magazzini, aziende agricole, stabilimenti di disinfezione e simili.

Si è reso perciò necessario disciplinare con norme rigorose l'impiego dei gas tossici propriamente detti e delle sostanze da cui questi possono svilupparsi, in modo da tutelare efficacemente la salute così dei lavoratori come del pubblico. A ciò provvedono il *Regolamento circa l'impiego dei gas tossici*, per l'esecuzione dell'art. 57 del nuovo Testo Unico delle Leggi di pubblica sicurezza, *approvato con R. Decreto* 9 *gennaio* 1927 n. 147, e le *Istruzioni* per la sua applicazione, emanate dal Ministero dell'Interno in data 1 agosto 1927. Il citato art. 57 sancisce il divieto dell'impiego di gas tossici a chi non ne abbia ottenuto preventiva autorizzazione. Il regolamento sottopone al controllo della autorità di Pubblica Sicurezza tutto quanto riguarda il movimento e l'uso di sostanze capaci di esercitare azione tossica e compromettere la incolumità pubblica, sia perchè il loro uso venga fatto senza osservare le opportune cautele, sia perchè tali sostanze potrebbero essere adibite a scopo criminoso.

Agli effetti del regolamento si intendono come *gas tossici* non solo le sostanze aeriformi capaci di azione dannosa, ma anche quelle solide o liquide che spontaneamente, per reazioni chimiche estemporanee, per riscaldamento, per combustione o per semplice contatto con l'aria atmosferica, possono dar luogo a sviluppo di gas tossici.

Perciò l'espressione *gas tossico* non è intesa nel suo significato letterale, venendo caratterizzati con essa perfino corpi liquidi, come il solfuro di carbonio, o solidi, come i cianuri alcalini. Parimente nell'indicazione generica di *impiego di gas tossici* sono compresi anche la conservazione e custodia ed il trasporto delle sostanze designate come gas tossici. La vigilanza dell'autorità si estende sui magazzini e depositi annessi agli stabilimenti e officine di produzione di gas tossici e su quelli ove questi vengono conservati per la loro utilizzazione, commercio o trasporto. L'utilizzazione dei gas tossici può avvenire in stabilimenti od officine, nei quali già si provvede alla tutela dell'operaio a norma del regolamento sull'igiene del lavoro, oppure fuori di detti ambienti e per scopi diversi; i più comuni sono quelli profilattici per la disinfezione o disinfestione in casi di malattie dell'uomo, degli animali o delle piante, o quelli agricoli, enologici, o commerciali (distruzione di animali, parassiti, ecc., conservazione di prodotti). Le disposizioni regolamentari variano a seconda che l'utilizzazione dei gas è fatta in aperta campagna, in luogo abitato, nei porti od a bordo delle navi, ed a seconda del grado di pericolosità che presentano le rispettive operazioni.

L'autorizzazione all'impiego dei gas tossici è concessa con decreto del Prefetto, subordinatamente all'accertamento che le persone o l'ente, che la richiedono, posseggano la competenza tecnica necessaria e diano affidamento di far uso legittimo dell'autorizzazione. Anche per il trasporto dei gas tossici è prescritta una speciale licenza con carattere di continuità od un permesso da rilasciarsi per una o più volte dall'autorità di Pubblica Sicurezza. Chiunque voglia eseguire operazioni relative all'impiego di gas tossici deve esser munito di una *patente di abilitazione*, allo stesso modo di coloro che conducono autoveicoli; per ottenere la patente occorre conseguire un *certificato di idoneità* superando appositi esami. Il certificato è rilasciato solamente a chi abbia compiuto gli studi elementari inferiori, sia di buona condotta morale e politica e per dichiarazione scritta di un ufficiale medico, di un ufficiale sanitario comunale, o di un medico della M. V. S. N. risulti in possesso dei seguenti requisiti:

a) non essere affetto da malattie fisiche o psichiche e non presentare deficienze organiche di qualsiasi specie che impediscano di eseguire con sicurezza le operazioni relative all'impiego di gas tossici;

b) non presentare segni d'intossicazione alcoolica o da sostanze stupefacenti;

c) avere integri il senso olfattivo e la pervietà nasale;

d) percepire la voce afona ad almeno otto metri di distanza da ciascun orecchio;

e) possedere un visus complessivamente non inferiore 14/10 (tavola di Snellen) purchè da un occhio non inferiore a 5/10.

Gli aspiranti in possesso dei requisiti suddetti sostengono un esame dinanzi ad una commissione composta di un rappresentante del Prefetto, del medico provinciale, del questore, del capo della sezione chimica del laboratorio provinciale o comunale di vigilanza igienica e del comandante del corpo municipale dei vigili del fuoco. L'esame consiste in prove pratiche e prove orali su programmi stabiliti dal Ministero. Superato favorevolmente l'esame, il candidato ottiene il *certificato di idoneità*, in base al quale il Prefetto può rilasciare la *patente di abilitazione*. Il Ministero ha facoltà di riconoscere *scuole per aspiranti al certificato di idoneità*, i cui corsi abbiano una durata non inferiore a due mesi. Le scuole riconosciute sono autorizzate a tenere sessioni di esami dinanzi alla commissione indicata sopra, a cui si aggiunge il direttore della scuola.

Chi è in possesso dell'autorizzazione all'impiego di gas tossici deve domandare la licenza ogni volta che intende utilizzare i gas in luogo abitato, nell'ambito di porti o sulle navi, dichiarando che la utilizzazione può farsi senza danno di terzi e che, in caso di danni, egli riconosce la propria responsabilità. Le istruzioni indicano le cautele tecniche fondamentali da osservarsi nelle varie forme di impiego dei gas. Le norme relative alla produzione, lavorazione, custodia e vendita dei gas tossici presentano analogie con quelle in vigore per le materie esplodenti, mirando agli stessi fini di tutela dell'incolumità e sicurezza pubblica.

Speciali agevolazioni sono contemplate per l'uso di alcune sostanze a scopo industriale od agricolo, come l'ammoniaca, l'anidride solforosa, il cloro, il solfuro di carbonio e per l'impiego di gas tossici da parte delle pubbliche amministrazioni, o per ragioni di studio, esperimento o dimostrazione.

Il regolamento perciò, pur provvedendo a difendere efficacemente i lavoratori, ed il pubblico in genere, dai pericoli inerenti al maneggio di prodotti che, quando non siano usati con le necessarie precauzioni, son capaci di recare gravi danni, non mette tuttavia alcun ostacolo alle sempre più larghe applicazioni della moderna industria dei gas tossici.

A. FRANCHETTI.

VARIA.

Le influenze morali nella cancerosi.

Nell'attuale nostra ignoranza sulle vere cause del cancro, gli studiosi si sbizzarriscono a ricercarne le origini più strane. È ora la volta di L. Moinson e T. Stephanopoli i quali rilevando che molti clinici sono stati colpiti dall'aumento della mortalità per cancro durante la guerra, senza che parallelamente si siano sviluppate altre malattie, hanno mostrato con un grafico che l'alternanza della maggiore o minore frequenza del cancro starebbe in rapporto con gli avvenimenti più tristi o più lieti della storia. Così, per Parigi, i punti culminanti della grafica coincidono con le maggiori scosse sociali: scandalo del Panama, affare Dreyfus, aggressione degli Imperi centrali, battaglia della Marna, di Verdun, caduta del franco, ecc. Invece, le cifre più basse di mortalità si avrebbero nei periodi di maggiore calma e benessere.

A. Lumière e P. Vigne (*Acad. de Médecine*, 3 nov. 1931) hanno ripetuto le stesse indagini per Lione, ottenendo dei risultati del tutto opposti in cui alle massime per Parigi corrispondono le minime per Lione e viceversa. Ciò sta a dimostrare che la corrispondenza fra i punti salienti della grafica delle mortalità per cancro a Parigi e le catastrofi sociali sono dovute a semplici coincidenze.

Non appare certamente strano che le preoccupazioni gravi, le emozioni violente e ripetute possano avere una certa parte nella patogenesi del cancro, sia per i disturbi umorali, sia per influenze sul sistema nervoso. È nota, del resto, tale influenza sulla guarigione delle verruche volgari che, secondo qualche autore, si potrebbe avere fino nel 50 % dei casi; e non è improbabile che, come il sistema nervoso può agire sopra un tumore benigno sia capace anche di influenzare quello maligno.

Ma, da qui, ad ammettere un rapporto deciso fra i due fenomeni ci corre assai. Troppo spesso l'interpretazione delle statistiche è fallace ed arbitraria; nel caso attuale, poi, è necessario anche guardarsi dall'errore che può aversi dal fatto che, fra l'insorgenza del cancro e la morte dell'individuo corre un periodo che può calcolarsi di un anno in media. Non si dovrebbe quindi avere perfetta coincidenza fra gli avvenimenti sociali tristi e la mortalità per cancro, ma la linea di questa dovrebbe essere spostata di circa un anno per poter essere in qualche modo attribuita a quella, il che nel grafico di Moinson e Stephanopoli non risulta.

La soluzione del problema della genesi del cancro appare quindi ancora molto lontana.

fil.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ALESSANDRIA. *R. Manicomio di « S. Giacomo »*. — Due posti di medico di Sezione. Stipendio lire 8500 più L. 2000 di servizio attivo; caro viveri speciale, se dovuto secondo le vigenti leggi. Scadenza 29 febbraio. (V. prec. N. 5).

BORGOFRANCO PO (*Mantova*). — Scad. 15 feb., ore 18; L. 7920 già ridotte 20 %, oltre 5 quadrienni dec., c.-v., L. 500 uff. san., L. 2000 trasp.; età lim. 39 a.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 12 gen.

CAGLIARI. *Municipio*. — Scad. 15 feb.; condotta di sezione; L. 8000 ridotte del 12 %, 4 quinquenni dec., c.-v.; titoli ed eventualm. esami; età lim. 35 a.; triennio di esercizio profess.; doc. a 6 mesi dal 5 gen.; voti negli esami speciali e nella laurea.

CASEI GEROLA (*Pavia*). — Scad. 31 mar.; L. 11.000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 300 ambulat.; età lim. 45 a.; tassa L. 50,10.

CERVIA (*Ravenna*). — Scad. ore 17 del 30 apr.; 3° reparto; L. 8500 e 10 bienni ventes. oltre c.-v., L. 2500 trasp., riduz. 12 %; tassa L. 50,10.

COSENZA. *R. Prefettura*. — Ufficiale Sanitario, Capo Ufficio di Igiene del Comune. Per titoli ed esami. Stipendio annuo L. 15.000, più 5 aumenti quadriennali del decimo. Per servizio medico scolastico L. 3000. Divieto esercizio professionale. Scadenza 31 marzo.

NAPOLI. *Municipio*. — Scad. ore 17 del 16 aprile; medico igienista; L. 10.500 e 3 quadrienni di lire 500, oltre L. 2000 serv. att., riduz. 12 %; età lim. 35 a.; doc. a 3 mesi dal 15 gen.; tassa L. 50 alla Tesoreria. Titoli ed esami. Chiedere annunzio. Rivolgersi Protocollo Generale del Comune (Palazzo San Giacomo, 2° piano).

PALERMO. *Ammin. Prov.* — Due medici alunni nell'Ospedale psichiatrico; titoli ed esperimenti scritti ed orali; età lim. 28 anni al 24 dic. 1931; indenn. L. 3660, dedotte del 12 %; rivolgersi segreteria dell'ospedale. Scad. 31 genn.

PERUGIA. *Amministrazione Provinciale*. — Posto di Direttore e posto di Assistente della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale di igiene e profilassi. Per titoli ed esami. Al posto di Direttore è annesso lo stipendio annuo lordo di L. 16.000 aumentabile a L. 24.000 per 5 aumenti quadriennali di 1/10 e la indennità di servizio di annue L. 4200 lorde. Al posto di Assistente è annesso lo stipendio annuo lordo di L. 10.000 aumentabile a L. 15.000 per 5 aumenti quadriennali di 1/10 e la indennità di servizio di annue L. 2800 lorde. Saranno corrisposte le indennità caro-viveri come per gli Statali, prima della istituzione per essi dell'aggiunta di famiglia. Tutti gli assegni sono ridotti del 12 %. Scadenza ore diciotto del 31 marzo 1932. Per chiarimenti e per avere l'avviso integrale di concorso rivolgersi alla Segreteria generale della Provincia.

ROMA. *Ministero della Guerra*. — Conc. per titoli ed esami a 40 tenenti medici in serv. perman. effettivo nel R. Esercito; titoli ed esami; età lim. 32 a.; scad. 15 mar. Rivolgersi: direz. gener. personale ufficiali. (Annunzio completo in: « Le Forze Armate », 22 gen. 1932-X).

ROMA. *Ospedale Oftalmico della Provincia*. — Primario direttore; scad. ore 12 del 30 mar.; età lim. 45 a. al 25 gen.; L. 4000 annue e premio di cointeressenza. Chiedere annunzio. Rivolgersi alla Segreteria, via del Gianicolo 1.

SALÒ (*Brescia*). — Scad. 31 mar.; cond. esterna; L. 10.000 e 6 quinquenni dec. oltre L. 1000 trasp.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

SAN REMO (*Imperia*). — Due posti di medico-condotto per le frazioni di Poggio-Verezzo e Bussana: stipendio annuo lordo L. 7500; scadenza ore 18 del 29 febbraio. Chiedere chiarimenti alla Segreteria Comunale di San Remo.

VILLAPIANA (*Cosenza*). — Scad. 5 apr.; L. 7000; riduzioni di legge; età lim. 40 a.; certificato d'iscrizione al P. N. F.; tassa L. 50.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il dott. Luigi Magnaghi è nominato, in esito a concorso, ufficiale sanitario e medico capo del Comune di Pavia. Dal luglio 1929 egli occupava interinalmente il posto e si era fatto largamente apprezzare.

Con Reale *motu-proprio*, il prof. Cesare Agostini, direttore e titolare della R. Clinica psichiatrica di Perugia e preside di quella Facoltà medica, è stato recentemente insignito della commenda dei SS. Maurizio e Lazzaro. Rallegramenti all'insigne clinico.

NOTIZIE DIVERSE.

La prolusione del prof. Castellani.

Il 28 gennaio, nell'aula della Clinica medica di Roma, il sen. prof. Aldo Castellani ha inaugurato l'insegnamento di medicina tropicale.

L'aula era gremita di pubblico. La cerimonia venne onorata dalla presenza della Duchessa d'Aosta Madre e del Duca d'Aosta; erano anche presenti l'ambasciatore d'Inghilterra Graham con la Signora, il sen. conte Marconi con la Signora, il sen. Marchiafava, il governatore di Roma principe Boncompagni, il conte Volpi di Misurata, il dott. Hackett rappresentante la Fondazione Rockefeller, il rettore magnifico dell'Università on. De Francisci, il preside della Facoltà medica prof. Busi e quasi tutti i professori della Facoltà medica di Roma, i proff. Boeri, Cantani, Castronuovo, Cavara della Facoltà medica di Napoli, il vice direttore della Sanità pubblica prof. Ilvento e quasi tutti gli alti funzionari della Sanità, i generali medici Rho, Riva, Saccone, Falso, Mola e numerosi altri rappresentanti del Corpo sanitario dell'Esercito e della Marina, il direttore dell'Ufficio d'Igiene del Governatorato prof. Pecori, il direttore della Stazione antimalarica prof. Missiroli, gli onorevoli Tallarico e Serono, un gran numero di altri rappresentanti, di cultori della specialità, di signore, di studenti.

Numerose adesioni per lettere e telegrammi, tra cui quella dei Principi di Piemonte.

Il sen. prof. Sir Aldo Castellani esprime anzitutto il suo deferente ringraziamento agli Augusti Principi, al Duce e a quanti vollero la fondazione della Clinica e vi contribuirono, e ricorda i suoi maestri, i missionari e quanti lo aiutarono nei suoi lavori. Entrando nella trattazione del tema: la medicina tropicale dagli antichi tempi ai nostri giorni avverte anzitutto che le malattie cosidette tropicali non sono da considerare come limitate esclusivamente ai tropici, giacchè possono verificarsi nei nostri climi, ed alcune, come la dissenteria amebica ed il kala-azar, si presentano assai frequenti. Esamina quindi l'evoluzione subìta dagli studi di queste malattie nei vari paesi tropicali e subtropicali facendo notare che la medicina tropicale è forse la branca più antica dello scibile medico: Mesopotamia, India, Egitto. Singolarmente per ogni paese l'oratore contrassegna i caratteri assunti dalla medicina, nelle origini e nei successivi sviluppi.

Il Castellani riserva l'ultima parte della dissertazione ad illustrare le benemerenze degli italiani ai nostri giorni e descrive, per le varie malattie tropicali note, gli agenti etiologici ed il modo di diffusione.

Volgendo al termine del suo discorso l'oratore proclama che se vi è campo della medicina ove la terapia possa conseguire successi brillanti, questo è proprio della medicina tropicale, ammonisce che il suo insegnamento sarà essenzialmente clinico, e conclude augurandosi che la Clinica per le malattie tropicali e subtropicali oggi inaugurata rechi vantaggio alla nuova Italia: « l'Italia lavoratrice, ordinata e forte: l'Italia fascista ».

L'oratore, che ha tenuto avvinta a sè per oltre un'ora l'attenzione dell'eletto uditorio, venne fatto segno ad una prolungata manifestazione di simpatia ed è stato assai complimentato.

La prolusione del prof. Luigi Ferrannini.

Il direttore della Clinica medica di Bari, prof. Luigi Ferrannini, ha tenuto la sua prolusione sul tema: « La missione di una Clinica Medica ».

Convennero ad ascoltare la parola dell'illustre docente autorità e personalità cittadine, tra cui S. E. il prefetto grand'uff. Cavalieri, S. E. l'Arcivescovo mons. Curi, il commissario al Comune comm. Vella, i senatori Antonio De Tullio e prof. Guaccero, il segretario federale prof. Stefanelli, il rettore magnifico dell'Università prof. Mariani e quasi tutti gl'insegnanti della Facoltà, la delegata provinciale dei Fasci Femminili donna Wanda Gorjux, il direttore di Sanità Militare del Corpo di Armata colonnello comm. Tecce, il Questore comm. De Majo, il presidente del Comitato Provinciale dei Professionisti ed Artisti prof. Gallerani, ecc.; molti liberi professionisti di Bari e Provincia, uno stuolo di signore e signorine.

Il prof. Ferrannini esordì rivolgendo un entusiastico saluto alla città, all'Università, alla Facoltà medica, ai giovani ed ai suoi predecessori; parlò quindi dei vasti e complessi compiti della Clinica medica, nel campo didattico, in quello assistenziale ed in quello scientifico, nei rapporti dell'osservazione diretta, dei sussidi di laboratorio e della ricerca sperimentale, e difese l'essenza della funzione di sintesi e di coordinazione della medicina generica. Infine, esaltando i meriti della Scuola medica italiana, ricordò i più celebrati medici pugliesi. La brillante prolusione fu ascoltata con vivo interesse, sottolineata da consensi e coronata da una grande ovazione.

La prolusione dal prof. Di Marzio.

Nella grande aula della Clinica medica di Bologna, gremita di autorità del mondo scientifico e di studenti, il prof. Quirino Di Marzio, direttore della Clinica oculistica, ha tenuto la sua prolusione, ascoltata con interesse vivissimo, sul « Moderno insegnamento della Clinica oculistica ».

Con una rapida corsa attraverso la evoluzione dell'oftalmologia — dall'oftalmoscopia alla microscopia dell'occhio vivente — il prof. Di Marzio ha tracciato i nuovi orizzonti dell'oculistica in connessione con i problemi della Biologia, della Fisiopatologia generale, della Fisica e della Chimica biologica, della Neurologia e della Radiologia.

Ha illustrato il nuovo indirizzo dell'Oto-Neuro-Oftalmologia, con un movimento da lui stesso iniziato e diffuso universalmente.

La conferenza è stata molto applaudita.

Associazione italiana d'idrologia, climatologia e terapia fisica.

Per mandato ricevuto dal Raduno talassoterapico tenutosi a Trieste nell'aprile decorso e dal Consiglio Generale dell'Associazione, il Centro di Studi talassoterapici di Viareggio organizza il V Raduno Talassoterapico Nazionale e il XXII Congresso di Idrologia, Climatologia e Terapia fisica, che si inaugureranno in Viareggio il 25 maggio p. v.: a Viareggio poi si svolgerà la parte riguardante il Raduno, mentre la parte del Congresso si svolgerà prevalentemente a Montecatini e si chiuderà a Pisa nella sede di quella gloriosa Università.

Le Relazioni inscritte all'Ordine del giorno sono: Per la parte Talassoterapica, che si svolgerà a Via-

reggio: 1) prof. Camillo Porlezza: « Lo stato attuale delle conoscenze chimiche, fisiche e chimico-fisiche dell'acqua del mare »; 2) prof. Silvestro Bagioni: « Indagini sugli effetti della Talassoterapia sul sistema circolatorio »; 3) proff. Giulio Ceresole e Ezio Luisada: « Sulla opportunità di unificare i metodi ed i mezzi di indagini climatologiche e biologiche in Talassoterapia ». Per la parte Idrologica, che si svolgerà a Montecatini: 1) prof. Adriano Valenti: « Specializzazione delle acque minerali in rapporto al meccanismo di azione ed alle applicazioni terapeutiche »; 2) prof. Paolo F. Sgobbo, dott. Nando Galassi, ing. Torquato Cristofori, comm. Ermete Saccani: « Legislazione, organizzazione, propaganda delle stazioni di Cura ».

Nei giorni dei Congressi saranno effettuate gite in mare, riunioni in alta montagna, visite agli Ospizi marini del litorale Versiliese-Apuano e alle stazioni idroterapiche della regione, secondo il programma che a suo tempo comunicheremo.

Per l'ammissione al Raduno e al Congresso è fissata una tassa unica di L. 50, la quale dà diritto alle facilitazioni di viaggio e di soggiorno, al trasporto gratuito nelle gite organizzate dal Comitato, alla colazione in montagna e, per i soci della Società d'Idrologia e dei Centri di Studio talassoterapici, agli Atti del Congresso. I non soci partecipanti al Congresso potranno averne gli atti pagando una sopratassa di L. 30, pari al contributo annuo per l'Associazione. I membri delle famiglie dei congressisti pagheranno L. 25 a testa.

I titoli delle comunicazioni con un breve cenno riassuntivo e conclusivo dovranno essere inviati dattilografati al segretario generale entro il 15 aprile 1932. Non saranno ammesse comunicazioni a carattere manifestamente reclamistico.

La Giunta del Comitato esecutivo raggrupperà le comunicazioni intorno alla relazione alla quale saranno più affini e dopo la quale saranno discusse, e potrà escludere dalla discussione quelle che non presentino un carattere di interesse generale.

1° Congresso nazionale di medicina dello sport.

Presidente S. A. Arpinati, avrà luogo in Roma, indetto dalla Federazione Medici degli Sportivi, nei giorni 19-21 aprile 1932-X.

Tema di relazione: « Valutazione fisica dello sportivo » con le seguenti relazioni: valutazione antropometrica e morfologica (prof. U. Cassinis), valutazione dell'apparato neuro-muscolare (prof. G. Bucciardi), valutazione dell'apparato cardio-circolatorio (dott. A. Viziano), valutazione dell'apparato respiratorio (prof. G. Del Guerra). Seguiranno numerose comunicazioni, visite ai laboratori di medicina dello sport e agli impianti sportivi della capitale.

Iscrizione gratuita per gli iscritti alla Federazione e loro famiglie; L. 25 per i non iscritti.

Possono partecipare istruttori ed allenatori sportivi.

Ribasso ferroviario del 50 %. Per avere dalla Segreteria della F.I.M.S., via dello Stadio 18, il modulo e la tessera di riconoscimento per il biglietto ferroviario, inviare domanda completata dal nome e cognome e della stazione di partenza. Lo scontrino ferroviario è valido dal 15 al 26 aprile e dovrà essere fatto vistare dalla Segreteria del Congresso, Comitato Centrale.

Le iscrizioni si chiudono il 1° aprile. Le relazioni ufficiali e le comunicazioni debbono essere inviate non oltre il 15 marzo alla Segreteria della F.I.M.S. Il congressista potrà chiedere che gli venga fissato alloggio e pensione.

Sarà indicata col programma completo il luogo di inaugurazione e delle riunioni.

7° Congresso francese di stomatologia.

È indetto a Parigi per il prossimo ottobre, sotto la presidenza del dott. A. Bozo. Temi: « L'osteite non specifica del mascellare superiore », relatori Cadenat (Tolosa) e Vilinsky (Parigi); « Le micosi cervico-facciali », relatore Dechaume (Parigi). Problema in discussione: « Indicazioni e controindicazioni delle estrazioni d'urgenza », relat. Raison (Parigi). Per informazioni rivolgersi al segretario generale Dr. Latte, boulevard Saint-Michel 54, Parigi.

Associazione americana per lo studio del gozzo.

Terrà la sua adunanza annuale dal 14 al 16 giugno in Hamilton, Ontario, Canadà. Parteciperanno ai lavori studiosi americani che si sono distinti per le loro ricerche sul gozzo; quindi la riunione presenterà interesse notevole.

I medici d'Europa sono cordialmente invitati a intervenire ed a partecipare alle discussioni del Congresso, che si terranno esclusivamente in lingua inglese.

Viene offerto nuovamente un premio di trecento dollari all'autore del miglior saggio basato su lavori originali di ricerche sul gozzo, e specialmente sulla causa fondamentale di esso. I saggi saranno presentati in inglese e consegnati personalmente nelle mani del segretario per la corrispondenza, dott. I. R. Yung, M. D. Rose Dispensary Building, Terre Haute Ind., S. U. A., non dopo il 15 marzo prossimo.

4° Corso di cultura medica a Varese.

L'Istituto Interuniversitario Italiano terrà anche quest'anno a Varese, dal 1° al 17 settembre, il Corso estivo di Cultura medica, chiamando illustri docenti delle Università italiane a trattare sul tema: « Patologia e Clinica dell'apparato digerente ».

La Commissione scientifica che presiede ai corsi, composta dei proff. Carlo Foà, Alberto Pepere, Pietro Rondoni e Luigi Zoja, della R. Università di Milano, ha fissato i seguenti capitoli: Fisiologia e Fisiopatologia della digestione; Processi ulcerosi del tubo digerente; Sindromi di auto-intossicazione intestinale; Coliti infettive e parassitarie; Infezioni e intossicazioni alimentari; Appendiciti; Disturbi funzionali del tubo digerente; Tumori dello stomaco e dell'intestino; Fisiologia del fegato; Epatiti e cirrosi epatiche; Litiasi biliare; Sindromi pancreatiche acute; Peritoniti.

Le lezioni saranno tenute nel pomeriggio, mentre le esercitazioni pratiche di clinica e di laboratorio verranno eseguite di mattina nell'Ospedale di Circolo di Varese sotto la guida del direttore del Corso, prof. Luigi Ponticaccia, cui dovranno essere richieste informazioni.

Saranno comunicati in seguito il programma completo del Corso e le modalità di iscrizione.

La discussione sul siero antidifterico alla Società Laziale di Pediatria.

Da qualche tempo si vanno svolgendo discussioni sulla efficacia del siero antidifterico, ed il nostro giornale non ha mancato di darne di quan-

do in quando notizia. Ma specialmente ha avuto una larga eco un lavoro del prof. Pontano, frutto di lunghe e pazienti ricerche, e pubblicato nel novembre 1931 sulla nostra « Sezione Medica ».

Con felice iniziativa, la Sezione Laziale della Società italiana di Pediatria ha indetto sull'argomento una riunione, tenutasi il 28 gennaio, nella quale è stato discusso l'argomento, con esposizione di dati e statistiche. Hanno preso la parola i proff. Spolverini, Valagussa, Mancini, Pecori ed i dottori Daroma e Lusignoli; a tutti ha risposto esaurientemente il prof. Pontano. Un folto pubblico di medici, fra cui anche gli alti funzionari della Direzione Generale di Sanità pubblica, ha seguito con vivo interesse l'elevato dibattito.

Quanto prima sarà tenuta un'altra seduta sulla vaccinazione antidifterica.

L'iniziativa di trattare le questioni mediche di grande attualità e di farvi assistere e partecipare il pubblico medico porta un soffio di vita nuova nelle « Accademie » e merita ogni plauso.

Nella stampa medica.

Col magnifico discorso pronunziato dall'on. Mussolini il 22 novembre 1931 al Consiglio nazionale dei medici fascisti (ne demmo già un sunto nel nostro fascicolo del 7 dicembre) quasi a programma e ad auspicio, ha visto la luce, in data 15 gennaio, « La Federazione Medica » rinnovata, in bella veste tipografica, ricca di materiale e di rubriche, a tiratura elevatissima, forte di numerose e significative adesioni. Sarà un'affermazione del sindacato medico nazionale, sotto la sagace guida dell'on. prof. Morelli. Avrà periodicità quindicinale. L'abbonamento importa L. 60. Alla consorella, dotata di esuberante vitalità, i nostri augurî.

Consorzio antitubercolare della provincia di Milano.

Sotto la presidenza del gr. uff. Jenner Mataloni, si è riunita la Giunta esecutiva del Consorzio antitubercolare provinciale di Milano. Dopo aver approvato, fra l'altro, i progetti tecnici per la costruzione delle nuove sedi dispensariali, la Giunta ha approvato i bandi di concorso per la definitiva organizzazione amministrativa e tecnica del Consorzio ed ha stabilito di istituire una borsa di studio di L. 5000 per l'iscrizione al corso di tisiologia recentemente istituito presso la R. Università di Milano a favore di un laureato in medicina della stessa Università.

Assistenza sanitaria gratuita a Bari.

Si è tenuta a Bari una riunione del Direttorio del Sindacato Medico Fascista e della Commissione tecnica per le mutue assistenziali, sotto la presidenza del sen. prof. Guaccero. Il prof. L. Ferrannini propose che durante il tempo in cui i disoccupati saranno assistiti con le previdenze stabilite dalla Federazione Provinciale del Partito, gli stessi possono richiedere gratuitamente le consultazioni cliniche e tutta l'assistenza sanitaria della Clinica Medica; sia nell'ambulatorio, sia, eventualmente, a domicilio. Successivamente il sen. Guaccero, nella sua qualità di Commissario dell'Ospedale Consorziale e delle Cliniche Universitarie spedalizzate, d'accordo col Rettore dell'Università prof. Mariani, ottenne parere favorevole anche dai professori Righetti, Gaifami, Mariani, D'Antona, Cozzolino e Maggiore Luigi, rispettivamente direttori delle Cliniche Chirurgica, Ostetrico-Ginecologica, Dermosifilopatica, Neuropatologica, Pediatrica ed Oculistica.

Sicchè la beneficenza a favore dei disoccupati bisognosi (muniti della tessera del rancio) verrà esercitata da tutte le Cliniche Universitarie che hanno sede nell'Ateneo, nell'Ospedale Consorziale e nell'Ospedaletto dei Bambini.

Casa dei medici di Bruxelles.

Ha sede al boulevard de Waterloo 54 e fornisce informazioni mediche d'ogni specie.

Unione dei medici mutilati di guerra in Francia.

L'« Union des médecins mutilés de guerre » ha tenuto l'assemblea generale; ha eletto alla presidenza il dott. Schneider.

L'Unione ha per scopo di assistere ed aiutare i medici mutilati di guerra, le loro vedove e i loro orfani; la quota annua è di soli 20 franchi. La sede è presso il segretario, Dr. O' Followell, rue d'Alger 10, Parigi.

Donazione.

L'Istituto radiologico di Varsavia ha donato alla sig.ra Curie-Sklodowska, di cui reca il nome, un grammo di radio. Il prezioso metallo è temporaneamente custodito presso una banca.

Esposizione artistica medica a Filadelfia.

La « Seymour Haden Society » della Scuola Medica dell'Università di Pennsylvania, presieduta dal dott. E. B. Krumbhaar, ha tenuto la 2ª Esposizione di opere d'arte eseguite da medici, durante i giorni 23 dicembre-2 gennaio. Il primo premio è stato assegnato alla dott.a Isolde T. Zwecker, per opere d'intaglio.

Viaggio medico.

Ricordiamo che la « Société Médicale du Littoral Méditerranéen » organizza per le prossime feste pasquali il 6° viaggio internazionale (viaggio rosa) sulla Costa azzurra, da Saint-Raphaël a Mentone; si toccheranno anche Monaco e Montecarlo. Alla chiusura del viaggio sono previste escursioni in Corsica, in Italia e soggiorni sulla Costa azzurra. Il viaggio sarà presieduto dal prof. J. Lépine, decano della Facoltà medica di Lione; durerà 8 giorni e potrà essere fissato fra il 20 marzo e il 10 aprile. Per informazioni rivolgersi alla segreteria della Società, rue Verdi 24, Nizza.

Riduzione degli onorari medici in Romania.

La Romania attraversa una grave crisi economica e di disoccupazione, la quale si ripercuote anche sulla classe medica. Parecchi medici hanno chiesto che il loro nome sia cancellato dall'albo, non intendendo più di esercitare una professione in cui le imposte e le tasse assorbono tutti i proventi. In parecchie città gli onorari sono stati ridotti a proporzioni esigue; eppure oggi l'opera dei medici si considera come non indispensabile e quasi un lusso. In una città della Transilvania qualche medico di grande fama continua a tenere le tariffe alte, perchè trova sempre una clientela; ma i medici meno favoriti hanno tenuto un'assemblea di protesta, perchè temono che nel pubblico si determini il convincimento della inaccessibilità delle cure mediche; hanno inoltrato, al

riguardo, un *memorandum* all'Associazione Medica. Tuttavia va considerato che le tariffe alte valgono anche a rialzare le sorti della professione.

Inondazioni negli Stati Uniti.

Le gravi inondazioni avvenute nel bacito del Tippo (Mississippi), in seguito alla rottura della diga del lago Gassy e del fiume Tallahatchie, hanno danneggiato campi e abitazioni su vastissime estensioni; la Croce Rossa Americana calcola che almeno trentamila persone siano rimaste senza ricovero. Da ogni parte sono giunti soccorsi, concentrati e organizzati a Glendore. I servizi sanitari sono stati bene organizzati.

Una strada intitolata a Nicolle.

Il Consiglio municipale di Rouen ha deliberato d'intitolare una strada all'illustre concittadino Charles Nicolle, recentemente chiamato alla cattedra di medicina dell'Istituto di Francia (Sorbona).

In onore di Penna.

Con l'intervento di numerose personalità mediche, sono stati inaugurati nell'Ospedale Muñiz di Buenos Aires un monumento che riproduce la effige dell'eminente maestro dott. José Penna e un padiglione dedicato al suo nome e che fa parte dell'Istituto José Penna per malattie infettive della Facoltà di Medicina.

Infortuni di sanitari.

Il dott. Sante Musatti, medico condotto del consorzio Branzi-Carona-Valleve-Froppolo, nella Valle Brembana, di ritorno a Branzi dopo una visita fatta a Carona, percorrendo una scorciatoia detta « delle gallerie » precipitò in un burrone profondo un centinaio di metri; una squadra partita per le ricerche, ne trovava il corpo esanime, con la testa sfracellata. Il Musatti era benvoluto da tutta la popolazione della zona.

Premi di natalità a Roma.

Come abbiamo già annunziato, nella prossima ricorrenza del Natale di Roma verranno assegnati dal Governatorato sei premi di natalità, a favore di coniugi romani che nell'ultimo quadriennio abbiano procreato almeno tre figli. I premi consistono nel concedere in proprietà un alloggio.

Questi premi sono stati istituiti dal Governatore in relazione a sane direttive di politica demografica. Tendono a premiare una sana e feconda prolificazione per la sempre crescente rigenerazione e potenza della nostra stirpe.

La Commissione investita dei lavori del concorso in parola per l'anno corrente, è presieduta dall'avv. Raffaele Ricci, delegato per i Servizi di Assistenza Sociale; fanno parte della Commissione l'avv. Carlo Scotti, il direttore dell'Ufficio d'Igiene prof. Pecori ed il Capo dell'ufficio di Assistenza Sociale dott. Proia.

Tassa sul celibato in Romania.

Il Governo romeno ha istituito una tassa sul celibato, i cui proventi saranno destinati a sovvenire ospedali, dispensari e istituzioni sociali le quali abbiano, in particolare, lo scopo di lottare contro la mortalità infantile e contro le malattie così dette sociali.

Vi sono soggetti tanto gli uomini quanto le donne, fra le età di 30 e 65 anni; è fatta esenzione per i preti, i monaci e le persone private del diritto civile del matrimonio. La tassa è piuttosto mite; è uguale per tutti i cittadini, ma varia con l'età: 200 lei fino a 35 anni, 500 fra 35 e 50 anni, 300 sopra i 50 anni (un lei equivale a poco più di 0,10 lire it.). Per coloro che tentano di sottrarsi alla legge sono stabilite delle penalità. Nelle fabbriche, uffici, negozi, la responsabilità della denunzia è addossata ai direttori.

Verso la legalizzazione dell'aborto provocato in Polonia?

Il nuovo Codice Penale che il Governo polacco sottoporrà all'esame dell'Assemblea Nazionale S.E.I.M., non contempla più l'aborto provocato come delitto, salvo il caso che sia praticato da empirici: viene autorizzato ai ginecologi ed ai medici generici i quali abbiano la necessaria preparazione per compierlo senza pericoli. Il clero cattolico e la stampa sono disorientati di fronte a questa novità. È stato deciso di promuovere una grande campagna contro la legalizzazione dell'aborto provocato.

Assoluzione di donne imputate di manovre abortive in Inghilterra.

A Leeds il giudice J. McCardie ha mandato assolte due donne, ree di essersi procurato l'aborto.

Nella sentenza egli espone varie considerazioni. Rileva tra l'altro che una di queste donne ha già avuto 7 figli e che il coniuge non provvede al sostentamento della famiglia, la quale grava tutta sulla sola donna, ridotta a vivere di carità; l'atto da lei compiuto aveva il solo scopo di non peggiorare una situazione già tanto penosa. La motivazione della sentenza aggiunge che noi viviamo nel 1931 e non nel Medio Evo.

Il ministro dell'interno, lord Brentford, ha disapprovato la sentenza, rilevando che funzione dei giudici è di applicare la legge. Anche il clero ha sollevato delle proteste. Tuttavia non risulta che il ministro della giustizia abbia preso alcun provvedimento.

Per la cessione di una gonade.

Dinanzi alla 15ª Sezione del Tribunale di Napoli si è avuto l'epilogo del processo per lesioni, di cui demmo già notizia, provocato dal trapianto di una glandola genitale maschile, ad opera del prof. Gabriele Jannelli. Gl'imputati, difesi da vari giuristi, sono stati pienamente assolti. Il Procuratore del Re ha prodotto appello.

Riconoscimento di un impegno.

Un medico francese, dott. M., aveva curato un ricco signore russo, M. B., proprietario di una tenuta prossima a Tolone. Il cliente era rimasto molto grato al medico e in una delle sue lettere gli scriveva: « Se mai, dottore, voi foste in bisogno, vi darei centomila franchi, e ciò nient'affatto come gratificazione, ma perchè le avete ben guadagnate ». È occorso che il medico ha dovuto subire l'amputazione delle due gambe: perciò egli si è venuto a trovare in condizioni di grave disagio economico. Gli è parso che fosse il caso di ricordare la promessa; ma il cliente dichiarò di non poterla assolvere; donde una causa. Il Tribunale Civile di Tolone, sotto la presidenza dell'avv. Justin Michel, ha condannato il russo a mantenere la promessa, considerandola come formalmente impegnativa.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Ann. d'Ig., ott. — E. J. PAMPANA. Gruppo paratifo C-suipestifer. — V. MARINO. Prelevam. di acqua per esame batteriolog. — L. BARD. Igiene e sicurezza del lavoro.

Rev. de Chir., ott. — R. LERICHE. Rilassam. post-traumatico dei ligamenti. — P. NADAL. Sulla terapia del cancro.

Wien. Klin. Woch., 6 nov. — GIESSNER. Terapia pepsinica dell'ulcera gastro-duoden.

Münch. Med. Woch., 6 nov. — WIRTH e LAHENIT. Sequele dannose della tonsillectomia. — BINGOLD e al. Coltura dei bb. tbc. del sangue.

Deut. Med. Woch., 6 nov. — KROOTZ. Inizio dell'insufficienza cardiaca. — HERZOG. L'inizio del diabete mellito.

Revue de Méd., ott. — DUMORLARD e AUBRY. Malaria cronica.

Joun. de Méd. de Lyon, 5 nov. — G. MOURIQUAUD e J. SAVOYE. La polmonite silenziosa del bambino.

Gaz. d. Hôp., 4 nov. — H. HARTMAN. Patogenesi dei calcoli biliari.

Presse Méd., 7 nov. — E. PROT e J. PICARDA. Diagn. radiolog. di appendicite e periviscerite ileocecale. — R. DUPONT e MIRASCHI. Gomiti ureterali bassi.

Folia Med., 30 ag. — S. SAITTA. Tessuti ed organi come emostatici.

Brit. Med. Journ., 7 nov. — A. HALL. Encefalite epidemica cronica.

Med. Welt, 7 nov. — H. v. METTENHEIM. Mezzi protettivi e curativi della difterite. — M. TRAUGOTH. Trattam. della sterilità femmin.

Bull. Ac. Méd., 3 nov. — H. CLAUDE e F. COSTE. Terapia con febbre ricorrente. — A. LUMIÈRE e P. VIGNE. Le influenze morali nella cancerosi. — O. ORTICONI. Sulla sieroterapia antidifter.

Paris Méd., 14 nov. — SYKIOTIS. Atassia acuta d'origine malarica.

Presse Méd. 14 nov. — P. J. BRASLAWSKY. Epidemia ospedaliera di varicella associata a zona.

Cl. Med. It., ott. — G. PELLEGRINI. Diabete insipido. — G. PICCHINI. Sonorità polm. para-vertebrale.

Rev. Méd. Lat.-Amer., sett. — J. M. GONZÁLEZ GALVÁN. Ipertensione arteriosa nei malati delle vie diger. — J. M. ESTAPÉ. Psicopatologia del vagabondo.

Mediz. Welt, 14 nov. — ZONDEK. Diagn. e trattamento della litiasi renale.

Wien. Klin. Woch., 13 nov. — DENK. Trattam. chirurg. della nefrite.

Mediz. Klin., 13 nov. — P. KARGER. La scrittura del bambino. — E. LÖWENSTEIN. La tbc. come infezione generale.

Deut. Med. Woch., 13 nov. — SEIFERTH. Sepsi agranulocitica dopo tonsillectomia. — KAUFMANN e BICKEL. Fisiologia del puerperio.

Rass. Clin.-Scient., 15 nov. — D. CESA-BIANCHI. Terapia medica dell'ulcera gastrica. — S. DE SANCTIS. Malarioterapia della demenza paralit. — D. GIORDANO. Trasfusione.

Riv. di Cl. Ped., nov. — D. MOGGI. Calcinosi universale e ricambio del calcio.

Tohoku Journ. Exper. Med., 28 ott. — M. GOTO. Azione dei raggi X sulla fagocitosi. — E. HAYASAKA e S. ITAKURA. Azione dell'anidride carbonica sul metabolismo e sulla circolaz.

Journ. A. M. A., 31 ott. — J. A. E. ESTER. Pressione venosa. — K. M. BAIN e M. STALLINGS. Eczema infantile.

Amer. Journ. Med. Sc., nov. — R. VON L. BUXTON e al. Parotite suppurativa. — J. W. GRAY e C. H. GOWEN. Compito dello streptococco nell'artrite deformante. — L. BROWN. Tubecolosi polm con segni indefiniti o abnormali.

Riv. San. Sicil., 15 nov. — C. CANELLE. Osservazioni su malati sottoposti ad iniezioni di solfo in sospensione oleosa.

Giorn. di Psich. e di Neurop., I-II. — L. RONCORONI e E. RIZZUTTI. Influenza della terapia malarica sulla sindrome psichica della paral. — S. PLATANIA. Della balbuzie. — S. DE SANCTIS. Vecchiaia e senilità.

Jorn. dos Clin., 15 ott. — G. LONDRES e H. PÓWA. Aspetti anatomo-clinici delle pericarditi.

Minerva Med., 10 nov. — A. BOBBIO. Trattam. delle cardiopatie con la glucosio-insulinoterapia.

Clin. Chir. sett. — PEZCOLLER. Comportam. del polso e della pressione sang. nelle fratture del cranio. — F. ROSSI. Ernia interna strozzata. — AMOROSI. Doppia ulcera gastr. con doppia perforaz.

Indice alfabetico per materie.

A. POZZI, resp.

C. FRUGONI, Red. capo.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XXXIX — Roma, 15 Febbraio 1932 - X — Num. 7

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

RIVISTE SINTETICHE

SCUOLA DI PATOLOGIA DIGESTIVA
DEGLI OSPEDALI DI ROMA.

In tema di stitichezza

per il prof. PAOLO ALESSANDRINI,
primario medico.

Si sente ripetere spesso che la stitichezza è una malattia del secolo e che la vita sedentaria e l'eccesso di alimentazione carnea ne costituiscono i fattori determinanti essenziali. Lasciando per il momento in sospeso la questione se è giustificato in linea di massima tale assolutismo per quel che si riferisce ai pericoli dell'alimentazione carnea, c'è da domandarci se è realmente aumentata in questi ultimi tempi la stitichezza abituale. È difficile rispondere categoricamente a tale quesito: che tale disturbo abbia richiamato l'attenzione fin dai tempi preistorici si rileva dall'uso delle purghe e dei clisteri diffuso largamente nella medicina indiana, egiziana e greca; d'altra parte le satire di Molière dimostrano chiaramente che tale sistema terapeutico era in gran voga nel secolo XVII. Prescindendo dalle esagerazioni dettate dalla moda e che anche oggi, come in altri tempi, dominano in terapia, il purgare, oltre che come mezzo di cura universale, trovava la sua principale indicazione nel ristagno fecale. Naturalmente in tempi meno recenti non si poteva pretendere un'analisi accurata delle indicazioni e controindicazioni basata su dati scientifici esatti; nè ciò deve meravigliarci quando si consideri che il problema della stitichezza ha ancora oggi moltissimi punti oscuri e che una netta distinzione tra una forma funzionale e una forma secondaria ad un ostacolo meccanico è possibile solo ora, dopo che si è assistiti agl'insucessi della colectomia, non solo come panacea terapeutica e profilattica universale, ma anche come mezzo di cura della stitichezza. È un fatto in realtà ben stabilito che la chirurgia della stitichezza mentre dà risultati brillanti se esiste un ostacolo meccanico, nei casi di stitichezza abituale complica, invece di risolvere, il problema terapeutico.

Fortunatamente oggi la radiologia, se adoperata con spirito critico ed associata ad una profonda analisi dei dati clinici, può stabilire con quasi assoluta certezza la diagnosi della stitichezza chirurgica e mettere in giusta luce il valore di una flessura di Lane, di una membrana di Jackson, di un cieco mobile e decidere se in determinati casi esse costituiscano la causa della stitichezza o non piuttosto una conseguenza, ovvero se non si tratti di condi-

zioni morbose del tutto indipendenti dalla stasi intestinale.

Non intendo qui però diffondermi sulle forme chirurgiche della stitichezza, ma sulla forma funzionale, su quella forma cioè in cui si può escludere una lesione anatomica determinante, cercando di metterne in evidenza il meccanismo di produzione quale risulta dalle più recenti ricerche e nello stesso tempo di prospettarne le deduzioni terapeutiche.

Non esiste una legge che stabilisca quale deve essere la frequenza delle defecazioni in condizioni normali, giacchè essa varia a seconda degl'individui e in dipendenza del tipo di alimentazione dominante. A prescindere dai casi eccezionali d'individui in perfetto benessere con scariche alvine anche settimanali, da un punto di vista pratico dobbiamo parlare di stitichezza quando l'intervallo tra due defecazioni successive supera i due o tre giorni: oltre però che l'intervallo tra le defecazioni va presa in considerazione la quantità delle feci, giacchè la defecazione quotidiana può essere insufficiente e, all'esame radiologico, si può mettere in tali casi in evidenza un ristagno notevole di feci nel colon. Oltre che il fattore frequenza delle scariche e il loro volume dà carattere patologico ad una stasi intestinale la presenza di disturbi subiettivi costituiti principalmente da senso di malessere, cefalea, incapacità al lavoro, inappetenza, sintomatologia questa però così indeterminata e vaga che in qualche caso è difficile stabilire se è da mettersi in rapporto colla stipsi in se stessa o non dipenda dalle cause generali che spesso intervengono nella genesi della stitichezza.

Per alcuni tale sintomatologia subiettiva sarebbe di natura puramente suggestiva e dipenderebbe dallo stato angoscioso che in taluni individui, facilmente impressionati da letture che esagerano i pericoli della stitichezza, viene provocato dalla sensazione che la defecazione sia stata incompleta o insufficiente.

Allo scopo di risolvere tale problema il Donaldson ha cercato di portare la questione sul terreno sperimentale. Egli ha praticato le sue ricerche su cinque individui normali ed ha osservato che, se viene trattenuta volontariamente la defecazione, in genere dopo quattro giorni sopravvengono i seguenti sintomi: cefalea, inappetenza, incapacità al lavoro mentale, facile stanchezza, tempo di reazione ritardato a carico dei sensi specifici, aumento del metabolismo basale e aumento dello zucchero del sangue. Dopo un'ora dalla defecazione provocata mediante un clistere evacuante tutto ritornava al normale.

Praticando le stesse ricerche in individui con insufficienza epatica, in cui il potere disintossicante del fegato è diminuito, gli stessi sintomi compaiono dopo un tempo più breve e sono più accentuati. Altri fattori che possono contribuire ad esagerare la sintomatologia subiettiva della stitichezza sono l'iperalimentazione, la deficienza delle secrezioni digestive o un'ipermotilità del tenue, che fanno sì che una quantità notevole di materiale nutritivo sfugga alla chimica normale della digestione.

Nella interpretazione del meccanismo di produzione dei sintomi suddescritti gli autori non sono però d'accordo: l'argomento fondamentale di coloro che negano il meccanismo tossico della sintomatologia in questione è costituito dal fatto che i disturbi subiettivi scompaiono quasi immediatamente dopo la defecazione, ciò che non potrebbe avvenire se dipendessero da sostanze tossiche circolanti; si è perciò pensato a fattori riflessi determinati dallo stimolo abnorme sulle terminazioni dei nervi pelvici dalle masse fecali ristagnanti; e questo è tanto più comprensibile oggi che la clinica ha dimostrato l'importanza patogenetica che ha la distensione eccessiva della cistifellea e il ristagno duodenale su alcune forme di cefalea e di disturbi subiettivi del tipo di quelli che si osservano nei costipati.

Lasciando per ora in sospeso la questione del meccanismo con cui la stipsi possa esercitare ripercussioni generali, resta un dato stabilito che la stasi fecale esercita in un certo numero di casi disturbi subiettivi e talora obbiettivi notevoli. È un fatto accertato che la tolleranza individuale differisce da persona a persona e il fattore del nervosismo interviene come elemento importantissimo e la letteratura medica popolare che esagera i pericoli della stitichezza, oltre a favorire la formazione di stati angosciosi, determina un accanimento a base di pillole o purganti contro una stitichezza reale o presunta, per cui i malati vengono al medico quando il problema terapeutico è complicato e spesso addirittura disperato.

Però più che lo studio della sintomatologia subiettiva della stitichezza ha importanza dal punto di vista della terapia l'analisi del meccanismo di formazione di essa e lo studio delle forme cliniche. Quasi tutti i trattati e le monografie ripetono con una monotona uniformità che la stitichezza si distingue in una forma atonica e in una forma spastica e che la prima va curata coi lassativi e la seconda colla belladonna e i suoi derivati; la prima sarebbe dipendente da un difetto del tono nervoso autonomo o prevalenza del tono simpatico, la seconda da un eccesso del tono vagale o da una deficienza del tono simpatico. Un tale semplicismo è lungi dal corrispondere alla realtà dei fatti e espone ai più grossolani insuccessi terapeutici. Osservando con spirito critico, all'infuori di qualunque presupposto teorico, i pazienti affetti da stitichezza abituale, si può dire che non esistono casi in cui il fattore spastico o atonico domini in modo da dare una veste propria alla forma

clinica; atonia, spasmo, antiperistalsi intervengono nella massima parte in proporzione varia sia come disturbo fondamentale che secondario. Che dire poi del concetto puerile che un abbassamento dell'angolo epatico o una ptosi del trasverso o un allungamento di pochi centimentri del colon rappresentino la base del disturbo? Esaminando sistematicamente i pazienti si osservano numerosissimi i casi di ptosi o esagerate dolicocolie senza il minimo disturbo del ritmo della defecazione.

Se vogliamo far progredire il problema patogenetico e terapeutico della stitichezza abituale è necessario affrontarlo liberandoci dai preconcetti teoretici e semplicistici che hanno dominato finora e riportarci alle complesse leggi della fisiologia e fisiopatologia della meccanica digestiva, quali risultano dai più recenti studi.

Fisiologia e fisiopatologia.

Numerose ricerche di questi ultimi anni hanno luminosamente dimostrato che il tono e la motilità del tubo digerente e in particolare del colon, sebbene possano risentire dell'influenza dei fattori estrinseci, siano essi vagali che simpatici o di altra natura, hanno la loro regolazione autoctona dipendente dalle condizioni chimiche ed elettriche del complesso neuro-muscolare della parete e dallo stato chimico e fisico del contenuto.

Le ricerche sperimentali di Klee, che in base al taglio dei vaghi e degli splacnici aveva dimostrato nei gatti l'esistenza di un tono di ambedue i sistemi normalmente in equilibrio tra loro, non hanno trovato conferma nelle ricerche ulteriori. Gaskell stesso ci aveva insegnato che lo scopo dei nervi estrinseci è quello di esercitare una influenza regolatrice in rapporto a determinati bisogni dell'organismo, ma non di avere un'azione direttiva sulle funzioni digestive. Inoltre tutte le ricerche più recenti hanno dimostrato che le modificazioni dello stomaco consecutive al taglio o dei vaghi o degli splacnici possono essere messe in rapporto col trauma operativo e che dopo un tempo più o meno lungo l'apparecchio digerente, anche isolato dalle sue connessioni nervose, è in condizione di espletare normalmente le sue funzioni. Il taglio di ambedue i gruppi di fibre pretese antagoniste è meglio tollerato della semplice vagotomia, però anche in questo caso dopo un certo tempo non è più evidente uno squilibrio funzionale e ad ogni modo in un primo tempo i disturbi sono più o meno evidenti a seconda del tipo animale in cui si praticano le esperienze (M'Crea, M'Swiney, Stopford).

Le esperienze sulla stimolazione dei nervi viscerali sono soggette a innumerevoli cause di errore. A differenza di quello che succede quando noi stimoliamo un nervo della vita di relazione, in cui abbiamo sempre la stessa risposta, se stimoliamo il vago o lo splacnico abbiamo tale un insieme di stimolazioni e d'inibizioni che l'esperimento non può essere ripetuto due volte cogli stessi risultati (Cannon, May, Kelling, Thomas, etc.). Oltre che la differenza del tipo e dell'intensità dello stimolo ha importanza lo stato della fibrocellula muscolare al momento della stimolazione: se essa è contratta una stimolazione sia dell'uno che dell'altro gruppo di fibre determina il rilasciamento e viceversa. Chase, Neumann e Gaskell sostengono perciò che sia i vaghi che gli splacnici debbono considerarsi come nervi sinergici.

Ad avvalorare l'indipendenza funzionale dell'apparecchio digerente dal controllo continuo dei nervi estrinseci esiste anche il dato clinico: Zesas ha raccolto una ricca statistica di individui in cui uno o ambedue i vaghi erano stati tagliati in seguito ad operazioni o traumi o distrutti da tumori maligni, senza che si osservasse il minimo disturbo della motilità e del tono dell'apparecchio digerente.

Le prove farmacodinamiche su cui si era cristallizzata la clinica da oltre un ventennio, sono state oggi dimostrate fallaci, ed hanno perduto ogni valore: senza dilungarmi nella enumerazione dei fatti e delle esperienze in proposito, dirò solo che dalle ricerche dello stesso Magnus svolte poi da altri autori (Thomas, Kuntz, etc.) risulta che l'atropina, la pilocarpina e l'adrenalina esplicano la stessa azione sulla motilità e sul tono dell'apparecchio digerente anche dopo la distruzione degli elementi nervosi sia esogeni che della parete stessa: quindi la loro azione potrebbe svolgersi sulla fibrocellula muscolare.

La discussione quindi verte ora più che sull'importanza dell'innervazione esogena sull'esistenza di un automatismo miogeno: dal punto di vista clinico però non si può fare a meno di considerare il complesso neuro-muscolare della parete come un tutto unico. Il plesso di Auerbach è indispensabile per la regolare successione degl'impulsi e per il normale comportamento della peristalsi: la sua soppressione è stata paragonata a quello che avviene in un millepiedi tagliato nei suoi singoli segmenti, in cui si vede che questi continuano a funzionare però incoordinatamente, e spesso in conflitto tra loro: e molti casi di ileo sarebbero interpretati come dovuti alla soppressione di questa coordinazione nervosa. Probabilmente il tessuto nervoso intrinseco avrebbe come funzione accessoria una inibizione sulla eccitabilità muscolare e Alvarez pensa che la stenosi pilorica infantile, il cardiospasmo e il megacolon sarebbero dovuti a una deficiente inibizione nervosa e i risultati delle ricerche di Della Valle, che in due casi di megacolon ha riscontrato nel sigma spastico assenza di tessuto nervoso, parlerebbero in favore di questa idea.

Per spiegare il tono e la peristalsi si sono invocati fattori dipendenti dal chimismo stes-

so della fibrocellula muscolare: la progressione della peristalsi in direzione discendente sarebbe dovuta a una diminuzione della eccitabilità man mano che si va dalla regione pilorica al colon: il grado di eccitabiltà sarebbe determinato dalla intensità degli scambi nutritivi e della respirazione interna, come è stato rilevato in pezzi di parete prelevati a varia altezza e misurando il consumo di ossigeno e la quantità di acido carbonico prodotta. I fattori che possono favorire o ostacolare la respirazione interna del tessuto neuro-muscolare del tubo digerente intervengono perciò come regolatori non solo del tono ma anche della frequenza e della intensità dei movimenti peristaltici: si comprende perciò come la secrezione tiroidea, che ha un potere attivatore della respirazione interna, abbia una importanza notevole nel determinismo della peristalsi; e la clinica da lungo tempo ha messo in evidenza il rallentamento della peristalsi nell'ipotiroidismo e l'iperperistaltismo del morbo di Basedow.

Un altro fattore di notevole importanza è la velocità della circolazione portale già messa in evidenza da mie osservazioni precedenti radiologiche. Un rallentamento della circolazione portale, ostacolando l'afflusso di ossigeno e determinando un accumulo di acido carbonico, modifica notevolmente il tono e la motilità gastro-intestinale: per quello che si riferisce al tono e alla motilità dell'ultima porzione dell'ileo e del colon, che c'interessa in modo particolare per i rapporti che ha col problema della stitichezza, le mie osservazioni hanno messo in evidenza i seguenti fatti: se il rallentamento del circolo portale è di lieve grado, si determina uno spasmo degli sfinteri anatomici e funzionali della zona in questione; se il grado di stasi venosa è più accentuato, si ha una inibizione del tono sfinterico con aumento della contrattilità della zona intersfinterica, sicchè nel primo caso la progressione del contenuto del colon subisce un arresto, nel secondo caso si ha un rapido trasporto lungo il colon. Tali osservazioni trovano la spiegazione nelle ricerche sperimentali di Child che ha riscontrato che negli animali inferiori una lieve limitazione di ossigeno, o meglio un accumulo di acido carbonico, determina una contrazione dei tratti di tessuto muscolare che presentano una eccitabilità più spiccata e lascia indifferenti le zone meno eccitabili: limitando ulteriormente l'afflusso di ossigeno si ha una paralisi delle prime e una forte eccitazione delle altre. Quando poi si consideri che dalle esperienze dell'Alvarez in segmenti separati del tubo digerente risulta che la muscolatura degli sfinteri è molto più eccitabile di quella della zona intersfinterica si comprende l'importanza di tali osservazioni.

Per quel che si riferisce al colon è un fatto oramai bene accertato dalle ricerche radiologiche che nel colon si distinguono vari sfinteri, di cui i più importanti sono quello di Cannon, situato nella prima porzione del colon trasverso e quello di Moutier o sigmorettale ben rilevabile anche mediante la sigmoscopia. Non si tratta di sfinteri con una struttura anatomica caratteristica sul tipo di quella che si riscontra nello sfintere pilorico e nella valvola ileo-cecale; funzionalmente però tali sfinteri debbono avere una notevole importanza dato che in tali punti osserviamo costantemente un arresto del pasto opaco. Le fibre muscolari circolari del tubo digerente debbono avere un grande potere di adattabilità a nuove condizioni e la loro capacità ad assumere una funzione di arresto là dove essa è indispensabile al normale andamento della funzione digestiva deve essere notevole. Questo adattamento funzionale l'osserviamo quasi costantemente dopo le operazioni sullo stomaco e sull'intestino quando è stata soppressa una zona sfinterica.

Nel colon sono stati descritti altri sfinteri che debbono avere una notevole importanza, quali il cieco-colico di Busi, quello di Hirsch situato a monte dell'angolo epatico, quello di Payr in corrispondenza della flessura sinistra e il colo-sigmoideo di Balli. Del resto, trattandosi di sfinteri funzionali, si comprende come talora possano essere rappresentati da estesi tratti del trasverso e del discendente.

L'automatismo del sistema gastro-intestinale non esclude inoltre l'azione vigile, multiforme, circoscritta o generalizzata del sistema nervoso vegetativo, che, data l'importanza vitale di una normale funzione digestiva, deve essere pronto a ogni richiamo del sistema nervoso centrale e, per via riflessa, degli altri organi o sistemi. L'azione del sistema nervoso vegetativo non può esplicarsi collo schematismo puerile di un dominio del vago o del simpatico ma deve essere complessa: basta pensare che nei casi di vomito di origine cerebrale, la cui eccitazione non c'è dubbio che venga trasmessa lungo le vie del sistema vegetativo, si ha uno spasmo del piloro associato a un rilasciamento del cardias. Il vomito e la diarrea emotiva, le crisi gastriche o intestinali della tabe o di altre affezioni organiche cerebro-spinali stanno a dimostrare l'importanza che può avere il sistema nervoso centrale nella genesi di disturbi motori gastro-intestinali.

Meno semplice è il fenomeno delle manifestazioni riflesse sulla motilità gastro-intestinale, sopratutto per quel che si riferisce alle ripercussioni sul colon. Si parla secondo me con troppa facilità di stitichezza riflessa nelle affezioni della cistifellea, dell'appendice, nell'ulcera gastrica, ecc. Il meccanismo di azione deve essere complesso: quasi mai infatti la soppressione della causa determinante pre-

sunta abolisce la stitichezza. Probabilmente in molti di questi casi lo stesso fattore che predispone al processo morboso in questione interviene nella genesi della stitichezza. La stipsi che si osserva spesso nelle affezioni dei genitali femminili, della prostata e della vescica è probabilmente in rapporto con fatti circolatori locali che modificano l'eccitabilità delle zone adiacenti del colon.

Altri fattori, che in condizioni patologiche possono agire sulla eccitabilità e sulla contrattilità del tubo digerente, sono di natura tossica o esogena (nicotina, bismuto, piombo, arsenico, ipecapuana, ecc) o endogena (acido ossalico, ematoporfirina). Ad essi si debbono aggiungere le sostanze ad azione elettiva sulla peristalsi delle ultime anse dell'ileo e del colon, i cosidetti lassativi, siano essi del gruppo dell'antrachinone che i drastici e il cui meccanismo di azione è poco noto.

Per alcuni ha anche importanza il fattore vitaminico, che, favorendo la fissazione del calcio nei tessuti, modificherebbe l'eccitabilità neuro-muscolare del tubo digerente.

Enumerati così i vari fattori che agiscono sulla funzione motrice del tubo digerente di natura esogena resta a considerare l'elemento più importante, il contenuto alimentare. Il comportamento del tono e della motilità dello stomaco e dell'intestino in rapporto al contenuto risulta dalle classiche esperienze di Bayliss e Starling che stabilirono che il tubo digerente isolato dall'asse cerebro spinale reagisce con una contrazione nel punto di stimolazione e con una inibizione a valle. Tale modo di comportarsi, definito dal Cannon *riflesso mienterico*, spiega anche molti fenomeni di fisiopatologia digestiva (cessazione del dolore coll'assunzione di cibo nell'ulcera duodenale, meccanismo di azione di molti purganti, ecc.). Tale riflesso secondo il Cannon si esplica nella parete stessa senza intervento di vie esogene; perchè questa contrazione brusca si verifichi è necessario che la pressione locale si equilibri col tono del muscolo nel punto corrispondente e non si verifica sia quando è superiore che quando è inferiore ad esso. La fibrocellula muscolare dopo un certo numero di stimoli diventa refrattaria, talora basta un solo stimolo; però dopo un certo riposo risponde in modo quasi esplosivo al minimo stimolo (Parker, Jennings, Woodworth). In base a questa legge si è voluta spiegare la defecazione mattutina di molte persone, sebbene si possa obbiettare che la motilità gastro-intestinale nella notte non è in riposo; più facile è spiegare in tal modo la pigrizia intestinale che si verifica dopo purganti forti e le alternative di stitichezza e diarrea che si verificano nei processi infiammatori dell'ileo terminale e del colon.

Il riflesso mienterico si determina per due tipi di stimoli; meccanici e chimici. Degli stimoli meccanici il più importante è una distensione del canale digestivo, specialmente se brusca, il fattore chimico è determinato dalla composizione del suo contenuto e nel colon specialmente dalla natura dei prodotti di scomposizione e dal loro grado di acidità o alcalinità.

Il riflesso mienterico spiega la propagazione dell'onda peristaltica, però siccome le onde che si determinano nello stomaco al momento dell'assunzione del cibo si arrestano al piloro, quelle sorte nel duodeno arrivano al massimo fino alla valvola ileo-cecale, almeno in condizioni fisiologiche, il Keith, per spiegare questo comportamento segmentario della peristalsi, ha ammesso nel plesso di Auerbach l'esistenza di cellule intermedie tra la cellula nervosa e la muscolare, simili a quelle del nodo di Keith-Flack del cuore: egli le ha riscontrate nel cardias e nella valvola ileo-cecale e pensa che ne esistano nel duodeno e nel tratto situato tra digiuno ed ileo. Queste cellule rappresenterebbero i centri dominanti il ritmo e l'attività del tratto immediatamente sottostante: esse potrebbero trasformare un blocco in completo fisiologico in blocco completo o abolirlo totalmente. La stasi intestinale sarebbe dovuta al blocco completo della zona ileo-cecale o di altre zone intermedie nel colon stesso, e molte diarree potrebbero spiegarsi con una inibizione delle zone di blocco. Per quanto l'idea sia suggestiva a priori, mancano ricerche anatomiche e fisiologiche estese che ne dimostrino una consistenza reale.

Anche gli studi radiologici più accurati dimostrano che la peristalsi del colon è come indipendente da quella del tenue e che non esiste un vero ritmo della peristalsi del colon. Contro la regolazione della peristalsi del colon per opera della valvola ileo-cecale parlano però anche i risultati delle emicolectomie, in cui spesso si osserva che la funzione motrice del tratto di colon conservato si comporta come normalmente. L'importanza delle osservazioni del Keith sta sopratutto nella concezione della distribuzione segmentaria della motilità che la radiologia ha dimostrato esistente nel colon, mettendo in una luce nuova il problema patogenetico della stitichezza abituale.

La caratteristica fondamentale della muscolatura del colon è la sua scarsa eccitabilità rispetto a quella del tenue, come hanno potuto dimostrare Plant e Miller mediante palloni introdotti nel colon e nel tenue; il retto invece è sensibilissimo alla distensione. Ciò fa pensare che l'apparecchio nervoso muscolare del colon sia orientato verso una funzione di arresto segmentario e che la funzione principale delle fibre circolari sia quella di trattenere il materiale. Questo arresto del ma-

teriale del colon lo vediamo manifesto specialmente a livello della prima porzione del trasverso (sfintere di Cannon), da cui procederebbe lentamente fino al sigma, dove si avrebbe, a livello dello sfintere retto-sigmoideo, un altro arresto.

I movimenti fondamentali del colon sono stati osservati la prima volta dallo Schwartz e descritti col nome di piccola peristalsi; essi avrebbero, oltre alla funzione di far progredire il contenuto, di determinarne un intimo rimescolamento. Mentre la funzione di rimescolamento si osserva specialmente nel colon prossimale e si rileva all'esame radiologico da un aspetto dapprima marezzato (per la presenza nel cieco di materiale non opaco preesistente) che diventa rapidamente uniforme, lo spostamento del materiale opaco è invece evidente nel trasverso: dalle radiografie in serie di Kaestle, Bruegel e Rutherford risulta che una sacca australe raccoglie il contenuto e, dopo averlo spremuto, la spinge nel lume: a questo processo si accompagna una vera progressione delle austra che permette al contenuto del colon di portarsi verso la parte distale.

Oltre alla piccola peristalsi è stata descritta la prima volta dall'Holzknecht e poi dall'Hurst e dal Case un movimento di massa che permetterebbe il rapido spostamento di notevoli quantità di contenuto del colon dal suo tratto prossimale al distale. Questi grandi movimenti peristaltici si possono provocare sotto lo schermo mediante un piccolo clistere irritante; in casi eccezionali sono stati osservati spontaneamente, specialmente in individui con tendenza a diarrea. Talora anche dopo l'assunzione di cibo può determinarsi un grande movimento peristaltico: tale fenomenon è stato descritto dall'Hurst come riflesso gastro-colico ma è tutt'altro che costante; esso corrisponde al bisogno imperioso di defecare che in alcuni individui si osserva subito dopo il pasto.

Si ha ragione di ritenere che tale movimento di massa sia costante al momento della defecazione (riflesso retto-colico) e faccia parte di quella concatenazione di riflessi (rilasciamento degli sfinteri, contrazione dell'elevatore dell'ano, contrazione dei muscoli addominali e abbassamento del diaframma) che fa capo all'espulsione delle feci.

Osservando allo schermo un grande movimento peristaltico si vedono dapprima il cieco e l'ascendente ridursi di volume fino ad assumere dimensioni di un lapis, contemporaneamente scomparsa delle austra del trasverso, che assume l'aspetto di un salsicciotto: tale movimento si può seguire talora fino al retto.

Perchè si possa compiere il movimento di massa deve aversi un rilasciamento del tratto a valle della zona contratta: se questo rilasciamento manca si ha la colica. L'aumento d'intensità e di frequenza dei movimenti di massa si ha specialmente nella diarrea: in condizioni normali il tono dello sfintere di Cannon è in grado di neutralizzare l'azione propulsiva delle contrazioni del cieco-ascendente che seguono al riempimento del cieco; se esiste però un difetto di funzione della valvola ileo-cecale una brusca dilatazione del cieco ed ascendente può determinare un vivace riflesso mienterico e allora tale azione dello sfintere di Cannon non sarà più possibile: in tale caso, se zone a valle non possono sostituirsi al tono sfinterico, si avrà diarrea. Probabilmente lo sfintere di Busi o di Hirsch debbono rappresentare organi a funzione sopranumeraria che suppliscono lo sfintere ileo-cecale quando la la sua funzione risulti alterata.

A qualunque dilatazione brusca del cieco, come si vede in seguito alla somministrazione di lassativi che agiscono nelle ultime anse del tenue, seguono forti movimenti di massa: questi possono anche essere favoriti dalla natura del contenuto del cieco, giacchè secondo Bokai l'acido lattico, butirrico, acetico, capronico e solfidrico sviluppati dalle fermentazioni intestinali potrebbero determinare un aumento della eccitabilità muscolare. Lo stato infiammatorio del colon è però il fattore fondamentale che fa prevalere la grande alla piccola peristalsi.

Sull'esistenza di un'antiperistalsi del colon le opinioni sono discordi; un trasporto retrogrado è certo possibile quando si trattengono volontariamente le feci, ma, senza bisogno di un movimento antiperistaltico, basterebbe un aumento del tono distale per determinarlo.

Riassumendo alla luce attuale delle nostre conoscenze si può ammettere che in condizioni normali la piccola peristalsi è sufficiente alla progressione regolare del contenuto del colon fino al retto: lo stimolo determinato dalla distensione del retto per vuotamento del sigma determina anche un grande movimento che parte dal cieco ascendente e si trasmette fino al trasverso.

ASPETTI RADIOLOGICI DELLA STITICHEZZA. CONSIDERAZIONI PATOGENETICHE.

Seguendo allo schermo radiologico con esami successivi in individui normali la progressione del pasto opaco nel colon si osserva che il riempimento del cieco e dell'ascendente si compie abbastanza rapidamente: la distensione del colon prossimale è però graduale e non tale da provocare movimenti massivi.

In genere si può dire che alla 6^a-8ª ora tutto il contenuto del tenue si è raccolto nel cieco-ascendente; da qui gradualmente avviene il passaggio lungo il trasverso, sicchè alla dodicesima ora esso ha raggiunto l'angolo splenico, pur rimanendo ripieno il cieco. Dopo 24 ore dalla ingestione del pasto opaco il colon è ripieno in modo uniforme mostrando il suo

disegno caratteristico. Dopo avvenuta la defecazione si osserva che il cieco e l'ascendente sono vuoti quasi del tutto; in un'altra defecazione si verifica il vuotamente del colon distale, sicchè dopo 48 ore non rimangono nel colon che traccie insignificanti del pasto opaco.

Se noi esaminiamo radiologicamente i casi di stitichezza abituale osserviamo una grande lentezza del passaggio attraverso il colon. In alcuni casi l'arresto si vede verificarsi specialmente a livello del cieco e dell'ascendente, sicchè, mentre il riempimento del cieco s'inizia come normalmente verso la quarta ora, il passaggio del pasto opaco nel trasverso, che normalmente s'inizia alla 6ª-8ª ora, qui non si verifica anche dopo 24-48 ore: il vuotamento completo delle ultime anse del tenue subisce in qualche caso un certo ritardo, mentre in altri casi si compie in tempo normale.

Questa stitichezza detta del tipo ascendente o prossimale costituisce, secondo la mia esperienza, la forma di gran lunga più rara. Per lo più invece il riempimento del colon si compie come normalmente fino alla 24ª ora; esaminando il paziente nei giorni successivi, mentre il cieco e l'ascendente si vanno riducendo di volume, si ha un accumulo enorme di materiale nel trasverso e discendente ma sopratutto nel sigma, che assume notevoli dimensioni. In tal caso si parla di stitichezza distale: essa costituisce la forma che s'incontra con maggior frequenza. In altri casi infine si ha l'impressione che il pasto proceda con lentezza lungo tutto il colon, sicchè alla 24ª ora è giunto appena all'angolo splenico e dopo 48 ore ha raggiunto appena il sigma. Questa è quella che si potrebbe chiamare la stitichezza totale.

Esaminando però i casi di stitichezza totale in esami successivi fino alla defecazione spontanea si vede che essi possono rientrare in una delle due forme precedenti (prossimale e distale), specialmente se si tiene in conto che lo sfintere di Cannon, che divide funzionalmente l'ascendente dal trasverso, non è una entità anatomica ma può essere rappresentato da una zona più o meno diffusa a funzione sfinterica che separa due porzioni del colon funzionalmente distinte. Da un punto di vista patogenetico può essere utile in qualche caso distinguere una forma trasverso-discendente da una forma sigmoidea. La stitichezza rettale o dischezia va trattata a parte perchè ha un meccanismo di produzione *sui generis* dipendente per lo più dall'assenza dello stimolo al riflesso retto colico: in questa forma l'arresto si verifica specialmente nell'ampolla rettale che può assumere dimensioni enormi.

La classificazione della stitichezza in una forma prossimale e in una distale rappresenta un reale progresso nel problema patogenetico e terapeutico della stitichezza ed ha profonde basi fisiologiche che la giustificano.

Per ben comprendere il problema della stitichezza è necessario renderci conto della funzione del colon: esso è un organo destinato alla riutilizzazione dei rifiuti, della cellulosa e dell'acqua; e mentre l'utilizzazione secondaria dei residui indigeriti e della cellulosa ha luogo specialmente nel cieco e nell'ascendente, l'assorbimento dell'acqua si verifica specialmente nel trasverso e discendente: il sigma va poi considerato come un serbatoio delle scorie inutilizzabili, sebbene anche esso prenda parte al riassorbimento dell'acqua. La forma e la dimensione del colon variano perciò a seconda del tipo di alimentazione: nell'animale carnivoro la funzione del colon è limitata perchè la digestione è praticamente completa nel tenue e il colon non ha altro compito che quello della utilizzazione dell'acqua resa necessaria nel processo digestivo. È un fatto noto che la quantità di acqua versata nel tubo digerente dal secreto salivare, gastrico, intestinale, epatico e pancreatico va dai 3 ai 5 litri; anche se l'animale non vive in un deserto è senza dubbio conveniente per l'economia che tutto questo liquido venga riutilizzato: il colon avrebbe quindi la funzione di un condensatore di una macchina a vapore.

L'utilizzazione dell'acqua si verifica quasi esclusivamente nel trasverso e nel discendente e mentre il contenuto del colon iniziale è liquido o semiliquido, man mano che esso procede nel suo cammino la consistenza aumenta gradatamente.

In rapporto alla utilizzazione della cellulosa, quasi circoscritta al cieco e all'ascendente, la porzione iniziale del colon assume negli erbivori dimensioni notevolissime; in alcuni uccelli, che vivono di sostanze molto ricche di cellulosa, la lunghezza del colon raggiunge circa il doppio di quella del tenue. Il colon dell'uomo è in parte sacculato ma la sua brevità rispetto al tenue e le piccole dimensioni del cieco dimostrano che è atto a digerire solo una piccola quantità di cellulosa. L'uomo delle caverne è oramai dimostrato che era esclusivamente carnivoro e solo in un'epoca relativamente recente nella storia dell'umanità l'uomo è divenuto onnivoro, ciò che si è potuto verificare solo in tempi immediatamente preistorici, giacchè l'alimentazione vegetariana coincide coll'inizio dell'agricoltura.

La zona sfinterica situata all'inizio del trasverso rappresenta il punto di separazione tra le due funzioni del colon e probabilmente la sua regolazione deve avvenire mediante riflessi chimici sensibilissimi sul tipo di quelli che intervengono nel passaggio del contenuto dello stomaco nel duodeno o di quello dell'ileo nel colon e il cui meccanismo di azione è stato abbastanza bene illustrato in questi ultimi

anni. Oltre ad una regolazione chimica che comanda il vuotamento del colon ascendente in condizioni normali, bisogna tenere in conto, specialmente in condizioni patologiche, di un vivace riflesso mienterico che può sovrapporsi ad essa: se si verifica infatti una brusca distensione del cieco-ascendente (svuotamento rapido dell'ileo, produzione di gas) si ha un rilasciamento non solo dello sfintere di Cannon ma anche della porzione iniziale del trasverso. La zona sfinterica presigmoidea è probabilmente regolata nella sua funzione dal grado di consistenza delle feci; essa presumibilmente si rilascia quando l'assorbimento dell'acqua ha raggiunto quel grado di *optimum* da rappresentare un utile per l'economia dell'organismo, senza pregiudicare la possibilità di progressione ulteriore del contenuto del colon. Esistono numerosi fatti clinici che giustificano questo modo di vedere. A conferma di queste idee s'impongono però ricerche sperimentali accurate che stabiliscano le leggi della progressione del contenuto del colon.

Considerato così il problema si comprende che il meccanismo della stitichezza è basato fondamentalmente in una mancanza del rilasciamento delle zone che potremo chiamare nodali; dall'aumento di tono si arriva gradualmente fino allo spasmo, specialmente se processi infiammatori intervengono ad aumentare la reattività sfinterica collo stesso meccanismo che un'ulcera pilorica esagera un ritardo di vuotamento gastrico determinato da un'ipercloridria.

Una stitichezza atonica, nel senso come abitualmente viene considerata, deve essere, seppure esiste, eccezionale e le dilatazioni che talora si osservano specialmente in qualche caso di stitichezza del tipo ascendente debbono essere secondarie. Infatti nel colon la muscolatura ha una scarsa funzione espulsiva e teoricamente basta la spinta del contenuto intestinale che viene dall'alto per determinare la progressione anche nei tratti inferiori; Mueller ed Hesky hanno infatti dimostrato che, asportando tutta la tunica muscolare del colon nei cani, non si verificava alcun ristagno lungo il colon.

Anche nella forma di dischezia atonica, che si osserva talora nei vecchi o nei malati gravi, deve intervenire la mancanza della sensibilità ampollare, per cui non può stabilirsi il riflesso retto-colico, più che la mancanza della contrattilità dell'ampolla rettale.

Oltre agli argomenti suesposti in favore di una genesi sfinterica della stitichezza parlano pure i risultati degli esami sigmoscopici praticati nelle stitichezze distali. In tali casi si osserva costantemente che lo sfintere sigmoideo-ampollare si presenta come un anello rigido, al di sopra del quale si raccolgono feci dure e ammassate.

Dalle considerazioni suesposte risulta così che nella funzione motrice del tubo digerente azione dominatrice l'avrebbero gli sfinteri, la cui regolazione, oltre che in rapporto coll'attività del metabolismo del tessuto muscolare stesso, e coi fattori esogeni già accennati è dipendente dalle condizioni chimiche e meccaniche del contenuto.

L'analisi della funzione pilorica ha gettato moltissima luce su questa importanza regolatrice, che si compie in modo perfetto anche dopo isolato il tubo gastro-enterico da tutte le connessioni nervose. Il fatto che anche per riflessi a distanza possa esercitarsi un'influenza sulla funzione pilorica non toglie valore al meccanismo della regolazione autoctona.

Anche il funzionamento dello sfintere ileocecale è stato in questi ultimi anni bene illustrato specialmente per opera di Rutherford, Macewen e Short, che hanno fatto interessanti osservazioni in pazienti affetti da fistola cecale. La funzione dello sfintere ileo-cecale è anzitutto quella di prevenire il riflusso di un materiale molto ricco di sostanze tossiche e di batteri nel tenue, la cui parete, per il suo potere di assorbimento molto maggiore di quella del cieco, è molto meno atta a difendere l'organismo dall'invasione di sostanze tossiche; lo sfintere avrebbe anche lo scopo di impedire un troppo rapido passaggio del contenuto del tenue nel colon, che espone al pericolo delle diarree per lo stabilirsi di grandi movimenti del colon. Debbono esistere però molteplici compensi o adattamenti delle fibre circolari adiacenti allo sfintere; difatti nelle fistole dell'ileo, mentre in un primo tempo si ha fuoriuscita di materiale liquido, si ha poi in seguito gradualmente un materiale sempre più povero di acqua e dall'aspetto fecale.

Toennis ha studiato il comportamento dello sfintere in cani in cui aveva praticato una fistola sia nell'ileo che nel colon a pochi centimetri al di sopra e al di sotto di esso. Normalmente il materiale passa con un intervallo da sei a trenta secondi. Modificazioni della temperatura, reazione acida o alcalina del contenuto del colon non hanno influenza nella funzione sfinterica: si ammetteva prima che se il colon è ripieno di feci lo sfintere non si apre; ciò però è contraddetto dalle ricerche di Donaldson nell'uomo, dove ha osservato che il vuotamento dell'ileo nel colon continua anche in individui che hanno trattenuto la defecazione per quattro giorni. Heile, Cannon e White hanno osservato che irritando il colon o distendendo il cieco con un pallone il ritmo di vuotamento si rallenta: ciò corrisponde alla legge generale dell'apparecchio digerente che uno stimolo in qualunque punto tende a rallentare la progressione del contenuto situato a monte. Un eccesso d'introduzione di acqua accelera il ritmo di apertura dello sfintere e facilita un rapido riempimento del cieco;

una dieta secca accelera il passaggio attraverso la valvola ileo-cecale. La senna e la fenolftaleina accelerano il passaggio della valvola ileo-cecale e determinano un più rapido svuotamento dell'ileo: nello stesso modo agiscono anche piccole dosi di calomelano o soluzioni di solfato di sodio o magnesio. La cascara invece agirebbe prevalentemente sul cieco e modificherebbe poco il tempo di vuotamento dell'ileo. L'oppio poi rallenta notevolmente il tempo di vuotamento dell'ileo (ricerche di Beutenmüller sulla fistola cecale). La consistenza del materiale che fuoriesce dalla valvola a dieta mista è molle, a dieta liquida essa diminuisce ancora e diventa acquosa dopo somministrazione di sali lassativi. Berlatzki e Heile hanno dimostrato che il latte accelera il ritmo di vuotamento dell'ileo; (azione lassativa del lattosio?). Una dieta ricca di cellulosa passa più rapidamente attraverso l'ileo (Schmidt, Lehman e Gibson) perchè la cellulosa stimola meccanicamente la peristalsi del tenue.

Non c'è dubbio che per azione del sistema nervoso centrale o viscerale si possa determinare una paralisi od uno spasmo: però Elliot ha dimostrato che il taglio dei vaghi o dei pelvici non ha nessuna importanza sulla funzione sfinterica e ciò parlerebbe per l'assenza di un controllo costante. Un forte stimolo degli splacnici provoca una contrazione dello sfintere; ciò è in accordo colle osservazioni cliniche e radiologiche che hanno dimostrato che l'infiammazione degli organi del bacino provoca spesso un ritardo dello svuotamento dell'ileo nel cieco. Uno stimolo invece del nervo mesenterico inferiore non determina alcuna alterazione funzionale dello sfintere. Elliot e Kuroda avrebbero osservato uno spasmo per azione dell'adrenalina. La distruzione del midollo spinale o il taglio degli splacnici determinerebbero una diminuzione del tono sfinterico, che però ha un carattere transitorio.

Il problema dell'insufficienza dello sfintere è stato studiato sia sperimentalmente che radiologicamente. Cannon ha osservato nei gatti che se si trattiene il clistere per un certo tempo nel colon una parte di esso rigurgita nell'ileo. Nell'uomo, dopo il clistere di solfato di bario, si è osservato un certo rigurgito circa nel 60% dei casi, ciò che toglie oggi a tale fatto qualunque valore patologico: specialmente questo si verifica se il clistere è trattenuto per un certo tempo. Da ricerche sperimentali risulta che il clistere di pulizia precedente all'esame o il digiuno influiscono sul rigurgito; difatti Hannes ha osservato nei gatti portatori di fistole ileo-cecali che il digiuno determina costantemente il rigurgito. In condizioni fisiologiche il rigurgito non deve essere molto frequente; non si può però negare che processi infiammatori della regione della valvola ileo-cecale possano favorire il rigurgito e determinare una propagazione a ritroso di un processo infiammatorio. L'invasione dei microrganismi dal cieco al tenue, molto meno protetto, non può non avere ripercussioni sullo stato generale e locale: probabilmente però il tessuto linfoide delle placche di Peyer rappresenta una difesa contro i danni di questo rigurgito.

Ho voluto piuttosto a lungo diffondermi sul riflesso ileo- cecale sia perchè il problema della stitichezza e quello della diarrea sono intimamente legati alle alterazioni della sua funzione e poi perchè per analogia si possono trarre conclusioni sulla fisiopatologia degli sfinteri del colon e sia infine perchè le osservazioni suddette possono servire di guida per uno studio della patologia del colon che ci permetterà di lumeggiare un capitolo così importante della patologia digestiva.

Un più rapido svuotamento del tenue nel cieco, specialmente se brusco, determinando un vivo riflesso mienterico, potrà dare una spinta notevole alla progressione del contenuto del colon: così si comprende come una abbondante introduzione di cellulosa, determinando, come abbiamo accennato, un più rapido passaggio dal contenuto del tenue nel colon, potrà stimolare con facilità un grande movimento peristaltico, tanto più che la produzione di gas dipendente dalla sua digestione batterica determinerà un rapido aumento di volume del contenuto cecale. Anche il rapido passaggio nel cieco di materiale non digerito, per azione delle fermentazioni e putrefazioni, potra stimolare una contrazione brusca del cieco-ascendente, che, se sarà accompagnata da un rilasciamento del trasverso, determinerà una scarica diarroica. Se un rilasciamento del tono del trasverso non sarà possibile, in luogo di una scarica diarroica si avranno intensi dolori colici. La funzione perturbatrice di un cattivo funzionamento della valvola ileo-cecale sui fenomeni normali e patologici del colon oltre che per il fattore massa, può esplicarsi per azione di sostanze chimiche determinate. Accanto al fattore meccanico debbono intervenire riflessi chimici che agiscono modificando la contrattilità del cieco-ascendente e il tono sfinterico: tali riflessi chimici sono determinati dalla natura delle sostanze introdotte e dai prodotti della scomposizione dovuti ai fermenti e all'azione dei microrganismi.

In questo giuoco reciproco tra contrattilità della zona intersfinterica e tono degli sfinteri è il fulcro della fisiologia e fisiopatologia della motilità del colon, le cui manifestazioni cliniche sono specialmente la stitichezza, la diarrea e le coliche. Così si comprende come una stessa causa possa determinare in alcuni casi una stitichezza, altre volte una diarrea, in altri casi infine il succedersi dei due disturbi. Per esempio una digestione incompleta o per deficienza di succhi digestivi o per ipermo-

tilità del tenue potrà favorire una stitichezza ascendente determinando un aumento del tono della zona sfinterica del trasverso (probabilmente molto sensibile ai prodotti di scomposizione batterica dei prodotti alimentari non utilizzati); però se il difetto di digestione è eccessivo, se la quantità dei residui alimentari è notevole e se sopratutto intervengono prodotti di fermentazione o putrefazione con produzione di gas, che aumenti notevolmente la tensione del colon o ne irriti la sua mucosa, si potranno avere scariche diarroiche.

Mentre nel colon prossimale i fattori determinanti la progressione sono specialmente di natura meccanica e chimica, nel colon distale le alterazioni del riassorbimento dell'acqua interverranno come fattori determinanti nella progressione del contenuto. Il rallentamento della circolazione portale che si verifica nei pletorici e negli obesi o in molti processi epatici, non permettendo una consolidazione rapida delle feci, ostacolerà il loro passaggio nel sigma: se però l'accumulo di acqua sarà notevole, come si verifica per processi essudativi o in seguito all'uso di purganti salini, un'esaltazione del riflesso mienterico sia di natura chimica che meccanica potrà determinare scariche diarroiche. Nei rallentamenti del circolo portale la predominanza in alcuni casi della stitichezza in altri casi di diarrea è anche in rapporto alle osservazioni da me fatte sulla dipendenza del tono e della peristalsi del colon colla velocità del circolo portale.

Il riempimento del sigma per rilasciamento del tono del discendente probabilmente sarà determinato dal grado di consistenza delle feci. Mentre un difetto di utilizzazione di acqua nel trasverso ostacolerà il passaggio nel sigma, un eccesso, come si verifica dopo sudorazioni eccessive, nei vomiti, nei processi febbrili, potrà ostacolare la progressione per l'estrema secchezza delle feci; deve probabilmente esistere un *optimum* di consistenza delle feci che regola il normale passaggio tra discendente e sigma.

I rapporti però tra sigma e zona trasverso-discendente sono di intima natura e devono esistere supplenze funzionali notevoli. Così nell'ostacolo al circolo portale un aumento del tono sfinterico retto-sigmoideo, colle anastomosi tra circolo portale e emorroidarie inferiori, renderà possibile una supplenza funzionale del sigma nell'utilizzazione dell'acqua; la congestione passiva del sigma sarà per suo conto un fattore notevole dell'aumento del tono di questo sfintere: esso farà sì che l'utilizzazione dell'acqua diventi eccessiva e il passaggio delle feci nell'ampolla sia ostacolato.

L'importanza delle zone sfinteriche del colon nella sua normale funzione di assorbimento e di motilità trova riscontro in tutto il tubo digerente. Così oltre al piloro e alla valvola ileo-cecale nel tenue sono stati descritti degli sfinteri in corrispondenza del tratto duodeno-digiunale e nella zona tra digiuno e ileo: si avrebbero così varie zone distinte tra loro funzionalmente e separate da sfinteri.

1) Il piloro limiterebbe la zona gastrica o zona di preparazione, in cui avviene lo spezzettamento del cibo per la dissoluzione specialmente del connettivo e delle fibre elastiche dei tessuti animali e della sostanza cementante le lamelle di cellulosa: qui si avrebbe inoltre la precipitazione della caseina in piccolissimi coaguli, e la frammentazione meccanica del cibo per opera specialmente della potente muscolatura antrale;

2) zona duodenale o digestiva, dove si ha l'intimo e graduale rimescolamento dei succhi digestivi colle piccole quantità di chimo che periodicamente passano attraverso il piloro; essa sarebbe regolata dalla zona sfinterica situata in corrispondenza dell'angolo duodeno-digiunale;

3) zona dell'utilizzazione immediata o digiunale, dove si ha il rapido riassorbimento delle sostanze facilmente assorbibili, glucosio, peptone;

4) zona della utilizzazione più lenta: ultime anse dell'ileo: digestione della carne ma sopratutto dell'amido che, specialmente se rivestito di grasso, deve essere liberato dal suo involucro mediante il processo di scissione e saponificazione;

5) zona di ricupero del materiale indigerito nel passaggio attraverso le zone precedenti o per eccesso d'introduzione o per difetto di masticazione o per scarsità dei succhi digestivi o dei loro attivatori. Zona di elaborazione della cellulosa;

6) zona di ricupero dell'acqua (colon trasverso e discendente);

7) zona dell'accumulo dei rifiuti e di supplenza nell'assorbimento dell'acqua (sigma).

NOTA. — La fine dell'interessante studio del prof. P. Alessandrini verrà pubblicata in un prossimo numero, destinato, come quello attuale, agli organi digerenti.

LAVORI ORIGINALI.

Ospedale Civile di Belluno

Il timpanisno epatico, sintoma precoce di perforazione dell'ulcera gastroduodenale

per il prof. Gino Pieri, chirurgo primario.

Nella chirurgia di urgenza il problema diagnostico delle affezioni acute della metà destra dell'addome si presenta talora difficile sopratutto per quanto riguarda la diagnosi differenziale fra peritonite da appendicite acuta e perforazione di ulcera gastrica o duodenale.

Ambedue le sindromi insorgono di solito repentinamente e con violenza di fenomeni che nei casi di peritonite da perforazione dell'appendice o cangrena di questa può ben lasciare in dubbio rispetto alla possibilità di una perforazione di ulcera gastrica o duodenale.

Si aggiunga che i dolori iniziali dell'appendicite hanno abitualmente, per ragione di riflessi nervosi, un riferimento soggettivo epigastrico, e che i dolori da perforazione dell'ulcera gastrica o duodenale rapidamente si diffondono alla fossa iliaca destra per il discendere del contenuto gastrico verso destra lungo il mesocolon; onde talora la diagnosi differenziale fra le due affezioni può risultare incerta.

Eppure è di fondamentale importanza discriminare al più presto possibile l'elemento causale della peritonite, poichè se nell'appendicite acuta l'indugio di qualche ora nell'attesa del chiarirsi della diagnosi può non avere importanza decisiva per il destino del malato, nei casi di perforazione di ulcera gastrica o duodenale ogni ora che passa nell'indugio aggrava irreparabilmente la prognosi per il paziente.

È ben vero che nel dubbio è giustificata la laparatomia esplorativa, ma questa deve essere nettamente orientata topograficamente, sotto pena di costringere a incisioni multiple, le quali in pazienti in condizioni precarie non possono che avere funesta influenza.

Nei frequenti interventi del genere da me eseguiti io ho rilevato, praticando l'esame obbiettivo preventivo del paziente, un sintoma che mi ha permesso di portare con sufficiente sicurezza la diagnosi preoperativa di peritonite da perforazione di ulcera gastrica o duodenale; esso consiste nella constatazione della scomparsa dell'ottusità epatica nella parte anteriore dell'organo: la percussione in tali casi fa rilevare, a livello dell'aia epatica, un timpanismo che si estende verso destra fino alla linea ascellare anteriore o ascellare media.

L'interpretazione di tale sintoma appare banale; l'aria contenuta nello stomaco fuoriesce dalla perforazione e si accumula nella parte più alta del cavo peritoneale, fra la cupola diaframmatica e il fegato.

È molto probabile che questo sintoma sia stato rilevato da altri, tanto la sua constatazione è ovvia e la sua interpretazione sicura; tuttavia ho pensato che valesse la pena di richiamare su di esso l'attenzione, senza aver la pretesa di dir nulla di nuovo.

In una revisione delle storie cliniche dei pazienti da me operati di perforazione di ulcera gastrica o duodenale nell'Ospedale Civile di Belluno, io ho potuto constatare che su 19 operati 11 presentavano questo sintoma; ma nei restanti 8 operati non risulta dall'esame obbiettivo che sia stata praticata la percussione del fegato, e ciò per la sommarietà dell'esame obbiettivo dovuto o ad assoluta sicurezza della diagnosi clinica, o a negligenza.

Comunque io stralcierò i dati più essenziali — dal punto di vista del sintomo in questione — dalle storie cliniche degli undici pazienti in cui esso fu rilevato.

Caso I. — V. Fortunato, di anni 61, bracciante. Da due anni a intervalli, dolori epigastrici. Alle ore 9 del 12 ottobre 1923 è stato colto da dolori addominali violentissimi, con conati di vomito.

Lo stesso giorno viene condotto all'Ospedale ove, dieci ore dopo l'inizio dei dolori, si constata il tipico quadro della peritonite diffusa « Aia epatica diffusamente timpanica ».

All'operazione si constata « nel duodeno, a un dito trasverso dal piloro e presso il suo margine superiore, un'ulcera con una perforazione grande quanto una lenticchia ».

Caso II. — De P. Umberto, di anni 64, boscaiuolo.

Senza precedenti disturbi apprezzabili, la mattina del 20 dicembre 1928 viene colto da vivissimi dolori addominali diffusi, che alla palpazione si dimostravano più vivi nella metà superiore; vomitò due volte.

Visitato nel pomeriggio, alle ore 16, si constatò, oltre il reperto della peritonite acuta, che « l'aia epatica è in gran parte timpanica ».

Alla operazione « sollevato il fegato si scorge una perforazione duodenale presso il margine superiore, a due centimetri dal piloro, del diametro di 2 o 3 millimetri ».

Caso III. — De M. Giovanna, di anni 67, casalinga.

Da qualche anno pirosi intensa, eruttazioni acide, dolori talvolta intensi, in apparenza indipendenti dai pasti. La mattina del 25 dicembre 1929 venne colta improvvisamente da dolori intensi all'epigastrio e mesogastrio.

Giunge in Ospedale alle ore 19. Dolori vivi alla palpazione della metà destra dell'addome; « aia epatica timpanica ».

All'operazione « si scopre sul duodeno, subito al di là del piloro, una perforazione grossa come una lenticchia, al centro di un'ulcera callosa ».

Caso IV. — R. Giuseppe, di anni 43, casaro.

Nel settembre 1930 cominciò a soffrire di dolori epigastrici che durarono qualche settimana e si ripeterono altre volte alternandosi a periodi di benessere, quando alle 22 del 3 febbraio 1931 ricomparvero improvvisamente intensissimi e con vomito.

Giunge in Ospedale 23 ore dopo l'accidente. Sintomi di grave peritonite diffusa. « Aia epatica in parte timpanica ».

Operazione: « Sulla parete anteriore dello stomaco, in prossimità del terzo inferiore della piccola curvatura, un foro tondeggiante del diametro di un centimetro circa, corrispondente al centro di una grossa ulcera callosa ».

Caso V. — T. Gino, di anni 24, chauffeur.

Alle ore 9,30 del 24 giugno 1931, sembra senza precedenti disturbi addominali, fu colto improvvisamente da dolori violentissimi a caratteri di crampo riferiti dal paziente alla regione ombelicale e all'epigastrio; ebbe vomito.

Visitato dopo 3 ore, oltre ai sintomi peritonitici si rileva « timpanismo dell'aia epatica nella sua parte anteriore, a cominciare dalla ascellare anteriore ».

L'operazione dimostra « pochi millimetri al di là del piloro, al centro della parete duodenale, una perforazione grossa come una testa di spillo, corrispondente ad un'ulcera ».

Caso VI. — T. Carlo, di anni 56, cameriere.

Da 8 anni dolori epigastrici sempre più frequenti e intensi, che cessavano di solito in seguito all'ingestione di cibo per ricomparire circa due ore dopo; negli ultimi tempi talora seguiti da vomito. Alle ore 2 del 4 giugno 1931 il dolore ricomparve improvvisamente più violento del solito, non più attenuabile dai soliti calmanti.

Alle ore 10 l'esame rileva il quadro di una peritonite acuta diffusa; « aia epatica timpanica in parte ».

Alla operazione « presenza di una perforazione tondeggiante, del diametro di 2 millimetri, sulla faccia anterosuperiore della prima porzione del duodeno ».

Caso VII. — De L. Felice, di anni 53, contadino.

Da 20 giorni soffriva di dolori epigastrici, che comparivano dopo i pasti. Alle ore 16 del giorno 9 luglio 1931 essi divennero intensissimi, con vomiti.

Giunge all'Ospedale alle ore 12 del 10 luglio. Addome vivissimamente e diffusamente dolente. « Aia epatica timpanica ».

All'operazione « si scopre il duodeno e si constata una perforazione grossa quanto una testa di spillo sulla faccia anterosuperiore, a 2 centimetri circa dal piloro ».

Caso VIII. — P. Giuseppe, di anni 30, bracciante.

Tre anni prima per un periodo di circa 2 mesi dolori epigastrici aumentanti dopo i pasti, pirosi, eruttazioni acide.

Alle ore 16 del 30 luglio 1931 dolore improvviso epigastrico, che è divenuto sempre più intenso, a tipo di crampo ripetentesi a brevi intervalli.

L'esame obbiettivo (ore 10 del 31 luglio) rileva i sintomi di una peritonite acuta diffusa; « la percussione dell'aia epatica la dimostra timpanica fino alla linea ascellare media ».

Alla operazione « il duodeno è fisso in profondità; a tre dita dal piloro, sulla faccia anterosuperiore del duodeno si constata la presenza di un'ulcera perforata al centro; la perforazione ha un diametro di 30 millimetri ».

Caso IX. — D. Giov. Battista, di anni 52, muratore.

Da due mesi dolori epigastrici con senso di bruciore intenso, eruttazioni acide, conati di vomito e vomito; i dolori scomparivano in seguito all'ingestione di cibo. Alle ore 16 del 30 ottobre 1931 dolore improvviso violentissimo al centro dell'ipogastrio, che si diffuse rapidamente a tutto l'addome.

L'esame obbiettivo (ore 19 del 31 ottobre) constata una grave peritonite acuta. « La percussione del fegato dimostra timpanismo che giunge lateralmente fino alla ascellare anteriore ».

All'operazione si scopre « la perforazione (del diametro di pochi millimetri) di un'ulcera situata sulla faccia anteriore del duodeno subito al disotto del piloro ».

Caso X. — D. B. Cesare, di anni 42, meccanico.

Da circa 12 anni a periodi disturbi della digestione: dolori epigastrici che si attenuavano con l'ingestione di cibo, con pirosi e eruttazione acide.

Alle ore 15 del 14 novembre 1931 violento dolore con conati di vomito.

Circa 20 ore dopo presenta sintomi di peritonite acuta diffusa; « la ottusità epatica è scomparsa anteriormente fino alla mammillare ».

L'operazione dimostra « una perforazione di 2 millimetri sulla faccia anteriore del duodeno subito al di là del piloro ».

Ecco dunque 9 casi di ulcera duodenale e 1 caso di ulcera gastrica perforate, controllate con la operazione, nei quali il timpanismo dell'aia epatica, fino all'ascellare anteriore o all'ascellare media, fu rinvenuto costantemente all'esame clinico; la perforazione datava, al momento dell'esame, da poche ore a poco più di un giorno.

I rilievi più precoci furono eseguiti nel caso V (dopo 3 ore) e nei casi II e VI (dopo 8 ore). Ciò fa pensare che l'accumulo di gas, e quindi il timpanismo che ne è l'epifenomeno semiologico, si stabilisca immediatamente dopo la perforazione.

L'11° caso in cui tale sintoma fu rilevato presenta uno speciale interesse, onde vale la pena di riferirlo meno sommariamente.

Caso X. — T. Ingenuino, di anni 47, falegname.

Da 20 giorni ha cominciato ad accusare disturbi a carico dell'apparato digerente: inappetenza, dolori addominali talora abbastanza intensi ma

senza precisa localizzazione, non vomito, alvo stitico.

La mattina del 16 settembre 1929, alle ore 9, mentre stava lavorando, venne colto improvvisamente da dolori vivissimi all'addome, più accentuati all'epigastrio e all'ipocondrio destro; non vomito, non temperatura febbrile.

Viene dal suo medico inviato in Ospedale, ove giunge alle ore 18, dopo un lungo trasporto di oltre due ore in automobile.

All'arrivo in Ospedale il paziente è tranquillo, e i dolori sono molto diminuiti di intensità, e nelle ultime ore si sono verificati a intervalli più o meno lunghi.

L'esame obbiettivo dimostra: condizioni di nutrizione buone, sensorio lucido, polso 88, temperatura 36°,4 c. Nulla a carico dei polmoni e del cuore. All'esame dell'addome si constata dolorabilità piuttosto viva alla palpazione dell'ipocondrio destro, con difesa alla pressione a livello del punto cistico e delle sue vicinanze. La percussione del fegato dimostra scomparsa dell'aia di ottusità epatica fino alla linea ascellare anteriore.

L'anamnesi e l'esame clinico facevano propendere per la diagnosi di colecistite, o meglio di colica epatica (da litiasi ?), ma la constatazione del timpanismo epatico rendeva tale diagnosi non del tutto soddisfacente. Si pensò di affidare alla radiografia la soluzione del problema.

La mattina del 17 settembre il radiologo (prof. Lapenna) avendo constatato in un esame preliminare « presenza di gas sotto il diaframma, sia a destra che a sinistra, e discreta quantità di gas diffuso nell'addome », si rifiutò, giustamente, di somministrare il pasto opaco. E lo scrivente confermato da ciò nel dubbio che potesse trattarsi di una perforazione di ulcera obliteratasi spontaneamente, decise l'intervento.

Il 18 settembre in narcosi eterea si pratica una laparatomia mediana sopraombelicale. Si trova il duodeno ricacciato in alto sotto il fegato, ove si trova l'omento arrossato, fisso contro il duodeno e ricoperto da una chiazza di essudato fibrinopurulento. Si pratica una gastrodigiunostomia posteriore transmesocolica. Sutura totale della incisione laparotomica.

Seguì normale guarigione.

In questo caso dunque, nel quale molti elementi facevano pensare a una probabile affezione delle vie biliari quale causa dei disturbi, la constatazione del timpanismo epatico permise una rettificazione della diagnosi, facendo sospettare una perforazione del duodeno spontaneamente obliteratasi per occlusione omentale.

Se ora torniamo al punto di partenza di questa discussione, e cioè alla possibilità di diagnosticare una peritonite da perforazione gastroduodenale in base alla scomparsa più o meno estesa dell'aia di ottusità epatica, dobbiamo fare un'ultimo rilievo, e cioè che anche nella peritonite appendicolare può verificarsi il timpanismo epatico, ma ciò solo nel periodo avanzato della malattia, quando cioè si verifica la paralisi intestinale secondaria, con meteorismo e interposizione dell'intestino (di solito colon trasverso) fra parete addominale e fegato; oppure esso si osserva nello stadio terminale, quando il peritoneo si riempie di gas fetidi sviluppatisi sotto l'azione degli anaerobî.

Il timpanismo epatico da perforazione di ulcera gastrica o duodenale è invece un sintoma precocissimo: il suo valore è massimo nelle prime 24 ore, quando la diagnosi differenziale rispetto alla peritonite da appendicite è più difficile, e l'intervento chirurgico è più proficuo.

RIASSUNTO.

In undici casi di peritonite da perforazione di ulcera gastrica o duodenale nel praticare l'esame obbiettivo l'A. ha constatato costantemente scomparsa dell'aia di ottusità epatica anteriormente fino alla linea ascellare anteriore o media di destra, timpanismo che appare dovuto alla fuoriuscita di aria dallo stomaco nel cavo peritoneale attraverso la perforazione.

L'A. pensa che tale sintoma, che si verifica fin dalle prime ore della perforazione, possa avere un notevole valore clinico per differenziare precocemente la peritonite acuta da perforazione di ulcera da quella da appendicite; in questa la scomparsa dell'ottusità epatica si verifica abitualmente nello stadio terminale, per interposizione fra fegato e parete addominale dell'intestino meteorico, o per sviluppo intraperitoneale di gas da anaerobî.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE S. GIOVANNI DI DIO - TIVOLI

Sulla cura degli stati tossici nelle occlusioni intestinali e nelle peritoniti acute mediante le soluzioni ipertoniche cloruro-sodiche.

Dott. CARLO COLUCCI, chirurgo direttore.

L'uso delle soluzioni ipertoniche clorurate nelle sindromi tossiche della occlusione intestinale, specie alta, è divenuto di uso abbastanza comune dopo i lavori in prevalenza americani (il metodo porta il nome di Haden e Orr) e poi quelli francesi.

La base biochimica di tale terapia è data dal fatto che si è constatato, e tale constatazione appare indiscussa, esistere in tali forme una netta ipocloruremia. Per Haden e Orr i cloruri del sangue si combinerebbero con i prodotti tossici per dare un nuovo prodotto non tossico. Molti invece attribuiscono la deficienza dei cloruri nel sangue ai vomiti ripetuti; ma sperimentalmente è stata constatata l'ipocloruremia in animali con occlusione intestinale che non avevano mai vomitato.

L'organismo del malato di occlusione intestinale che presenta dunque, insieme con altre modificazioni umorali (aumento dell'azotemia, aumento della riserva alcalina) questa cloruropenia del sangue e, per i vomiti ripetuti, una intensa disidratazione, ha bisogno di ricevere abbondantemente acqua e cloruro di sodio. Sembra che l'ipocloruremia rappresenti il fatto predominante delle perturbazioni umorali; con l'aumento dei cloruri si nota diminuzione progressiva, fino alle cifre normali, dell'azotemia e della riserva alcalina.

A fornire l'organismo di acqua e di cloruro di sodio si potrebbe provvedere con l'uso di abbondanti soluzioni isotoniche saline (5-6 litri per giorno: metodo di White). Per ottenere una più rapida concentrazione di cloruri nel sangue sembra più indicato introdurre per iniezioni endovenose soluzioni ipertoniche di cloruro di sodio (10-20 %), praticando contemporaneamente ipodermoclisi, rettoclisi di soluzioni isotoniche.

Dapprima nella chirurgia sperimentale e poi nella chirurgia umana tale terapia si è affermata; più precocemente essa verrà istituita, insieme con l'atto operatorio, più benefici saranno i risultati, fino ad avere, dicono alcuni autori, una vera risurrezione dell'ammalato.

Dirò più oltre delle modalità, delle dosi e delle eventuali controindicazioni.

Ho avuto occasione di adoperare in qualche caso di occlusione intestinale questa terapia antitossica. Sono in tutto tre casi; purtroppo però in due di essi si trattava di pazienti molto gravi nei quali l'insuccesso non si è evitato e l'efficacia del metodo non mi si è rivelata nemmeno attraverso un fugace miglioramento; qualche risultato pare si sia avuto nel 3° caso.

Eccoli riportati brevemente:

I. — B. O., a. 36 (nov. 1930). — Diagnosi: Pregressa stenosi intestinale alta, in fase di occlusione. Stato gravissimo. Si pratica una iniezione endovenosa di 10 cc. di cloruro di sodio al 10 % come preparazione all'atto operatorio e una ipodermoclisi. Nessun miglioramento. L'operazione in anestesia locale dimostra tumore completamente occlusivo a 40 cm. dall'ansa di Treitz. Entero-entero-anastomosi. Si fa seguire all'intervento un'altra iniezione endovenosa di NaCl e un'altra ipodermoclisi e una fleboclisi. Morte dopo 12 ore.

II. — M. V., a. 50 (genn. 1931). — Nove anni fa ebbe una coltellata nella regione iliaca destra per cui fu operato di laparotomia. Da quattro giorni occlusione intestinale completa con vomito fecaloide. Viene subito operato in anestesia locale. L'operazione consiste nel sezionare una robusta briglia che strozzava a cingolo l'ultimo tratto dell'ileo e nel vuotamento e consecutiva fistolizzazione dell'intestino. Subito dopo l'intervento due fiale di NaCl al 10 % (10 cc. per fiala); fleboclisi, rettoclisi, ipodermoclisi cardiocinetici. Condizioni sempre gravi; non miglioramento. Morte dopo 36 ore.

III. — B. T., a. 16. Quattro anni fa fu operata per peritonite purulenta in seguito a trauma addominale. Viene ricoverata in ospedale con dolori addominali, vomiti ripetuti, essiccamento, fenomeni di tetania. Si ha l'impressione di una gastrite acuta (la p. ha mangiato un gran numero di pesche il giorno precedente). Non segni locali a carico dell'addome; polso 130, piccolo. Un clistere fa scaricare discreta quantità di feci e la paziente emette un po' d'aria. Si pratica una iniezione endovenosa di cloruro di sodio (10 cc. al 10 %), una iniezione endovenosa di calcio; ipodermoclisi gr. 1000; a mezzanotte viene ripetuta la iniezione endovenosa di cloruro di sodio. Scompaiono la contrazione delle mani e i crampi muscolari. La frequenza del polso scende a 100, la pressione aumenta, lo stato generale migliora; non vomiti. Nella mattina seguente le condizioni sono nuovamente peggiorate; il polso è aumentato di frequenza (118), piccolo. Si ripresenta il vomito che ha odore leggermente intestinale. Si deve modificare la diagnosi per la presenza di contrazione di un'ansa intestinale nella regione periombelicale sinistra, in vicinanza dell'antica cicatrice. Si decide senz'altro l'intervento che si fa precedere da un'altra iniezione endovenosa di cloruro di sodio. Dopo poco tempo da questa le condizioni migliorano; quando si opera, circa 2 ore dopo la iniezione di NaCl, il polso della paziente ha una frequenza di 98 pulsazioni, pressione discreta. L'operazione dimostra imbrigliamento da una spessa lacinia omentale del digiuno a 50 cm. dal Treitz.

Subito dopo l'intervento polso piccolo, filiforme. Ipodermoclisi 500; altra iniezione di cloruro di sodio (endovenosa: 10 cc. al 10 %). Miglioramento delle condizioni generali. Emissione di aria dopo 24 ore. Dopo 36 ore somministrazione di un purgente oleoso e scariche abbondanti. Guarigione.

In questo caso, nell'attesa dell'intervento che fu ritardato di qualche ora, non sembrando nei primi momenti certa la diagnosi di occlusione, per 2 volte l'introduzione di cloruro di sodio in dosi concentrate fu seguita da un netto miglioramento dello stato generale della paziente, evidente per la diminuita frequenza del polso e aumentata pressione vasale. Subito dopo l'intervento, quando fu ripetuta la iniezione di NaCl, con una ipodermoclisi, le condizioni generali gravi si rialzarono subito. Il decorso operatorio fu in seguito dei più semplici.

***

La somiglianza delle sindromi tossiche che si osservano nei malati di peritonite acuta e negli occlusi intestinali, specie per quanto riguarda tono vascolare, disidratazione dell'organismo, mi ha portato a sperimentare l'uso di tali soluzioni in vari casi di peritonite acuta, contemporaneamente o precedentemente operati. È infatti da ritenersi che la sofferenza dell'organismo nelle due forme, a parte il fattore infettivo o settico che può non esistere nei primi giorni di una occlusione ed è invece molto importante nelle peritoniti, dipenda delle stesse cause e cioè: riassorbimento di prodotti tossici dall'intestino paralitico od occluso, disidratazione dell'organismo per vomiti ripetuti, ipocloruremia. La terapia che io avevo iniziata sulla base di una analogia clinica ha però un presupposto scientifico.

In un lavoro di Bich (luglio 1931) ritrovo dei dati sulle modificazioni del tasso dei cloruri nel sangue totale e nel plasma che egli ha studiato in ammalati che avevano subìto interventi operatori, di cui vari addominali, ma non presentavano stati di speciali tossicosi. Secondo Bich non si può parlare di una diminuzione assoluta dei cloruri nel sangue nel periodo post-operatorio. Vi sono variazioni invece di un coefficiente dato dal rapporto tra concentrazione dei cloruri nel plasma e concentrazione dei cloruri nel sangue totale. Le variazioni di tale coefficiente sono in rapporto con le variazioni dell'azotemia e della riserva alcalina e sono attribuibili forse al meccanismo autoregolatore dell'equilibrio acido-basico del sangue. Bich pensa sia necessario prendere in considerazione gli scambi tra plasma e rene, regolati oltre che dall'introduzione nell'organismo, anche dai liquidi interstiziali che rappresentano un deposito di cloruri dove il sangue si rifornisce a secondo dei bisogni. Nell'operato, specie addominale, avviene un processo di autodisassimilazione analogo a quanto avviene in un soggetto mantenuto a dieta aclorurata, anzi il processo vi è più intenso per lo shock subìto. Secondo l'A. l'eliminazione di cloruri nell'urina resta minima nei primi sei, sette giorni, con un *minimum* al 3°-4° giorno. Invece dopo qualche ora dall'operazione e dopo un fugace aumento che può mancare, si constata *solo per* 24-28 *ore* una diminuzione dei cloruri del plasma (tranne pare nei malati operati in rachianestesia nei quali dopo una scarsa diminuzione si ha nelle prime 24-28 ore aumento) mentre si osserva in genere un aumento della loro concentrazione nel sangue totale. I primi cloruri introdotti sono quindi trattenuti dall'organismo e finchè l'organismo non ne è saturo la loro concentrazione nel sangue non ha alcun rapporto con l'eliminazione per via renale. Tale comportamento induce ad ammettere che i cloruri nel periodo postoperatorio sarebbero diminuiti nell'organismo, specie nei malati operati nell'addome, nei quali lo stato di intossicazione cui essi vanno soggetti (per shock, paresi intestinale) contribuisce all'impoverimento. In conclusione dal concetto dell'autore si desume che l'organismo dell'operato, specie dell'operato sull'addome, ha bisogno dell'introduzione di cloruro di sodio e che tale bisogno è aumentato se esiste shock o esistono cause intossicanti (paresi intestinale).

Dallo stesso lavoro di Bich ritraggo i seguenti dati: Varela Fuentes e O. Rubino hanno messo in evidenza che negli interventi sull'addome, complicati da reazione peritonale, fu rilevata nel sangue una forte diminuzione del cloruro sodico.

Mairano spesso ha rilevato dopo interventi chirurgici sull'addome una diminuzione più o meno accentuata del cloruro di sodio ematico. L'ipocloruremia è più grave nelle malattie che comportano un intervento di natura grave e quando il decorso è complicato dalla comparsa di paralisi intestinale post-operatoria e dall'insorgenza di vomiti.

Estol ha osservato in alcuni casi di paresi intestinale postoperatoria l'acloruria; egli si domanda se questo è un fenomeno tossico secondario alla paresi intestinale o se invece quest'ultima non deve essere considerata come conseguenza dell'acloruria.

Già negli anni intercorsi dal 1924 al 1927, nel mio servizio dapprima come assistente e poi come aiuto del prof. Oreste Margarucci

al II Padiglione del Policlinico di Roma, io avevo imparato ad usare, per consiglio appunto del prof. Margarucci, delle istillazioni rettali di 500 gr. di soluzione ipertonica cloruro-sodica al 7 % in ammalati addominali, operati per sindromi acute o meno, che presentassero fenomeni di paresi intestinali.

Le soluzioni ipertoniche per via digestiva furono usate da R. L. Haden e Th. G. Orr nelle occlusioni intestinali sperimentali; ritrovo che in clinica la via rettale è stata usata da Michel e da Foucault (in due casi di invaginazione intestinale). Gli effetti descritti riguardanti il miglioramento dello stato generale, furono ottimi; nel caso di Foucault (che aveva aggiunto anche l'uso di iniezioni intramuscolari di NaCl ipertoniche) è fatto cenno del ripristino precoce della canalizzazione intestinale.

Nei casi da me osservati al II Padiglione, dei quali però non posso portare la enumerazione e la descrizione, varie volte ho potuto notare gli effetti benefici di tali istillazioni rettali sul rispristino della canalizzazione intestinale, invano cercata con altri mezzi. Ho continuato ad usare poi tale terapia negli ammalati che presentassero sindromi di ileo post-operatorio, con risultati in complesso buoni.

Mi sono sempre domandato se la proctoclisi cloruro-sodica agisce soltanto provocando uno stimolo locale (è infatti buona pratica mandare la soluzione più rapidamente che non per le comuni rettoclisi) e quindi attivando la peristalsi intestinale per via riflessa; oppure se il cloruro sodico venga, anche nelle soluzioni ipertoniche, assorbito dalla mucosa intestinale e immesso in circolo, ristabilendo così equilibri salini turbati ed agendo quindi attraverso altre vie sul ripristino della canalizzazione intestinale (innervazione intestinale). Dal lavoro di Gosset, Binet e Petit-Dutails appare fuori dubbio che anche le soluzioni ipertoniche istillate in un'ansa intestinale possono provocare assorbimento di cloruro di sodio, attraverso un meccanismo di afflusso di acqua verso l'intestino. Forse questo duplice effetto (assorbimento di cloruro di sodio nel sangue, afflusso di acqua verso l'intestino), pur potendo presentare inconvenienti per quest'ultimo risultato (disidratazione maggiore di alcuni tessuti se vomiti ripetuti esistono), non è estraneo all'efficacia del metodo nel provocare il ripristino della canalizzazione intestinale. Vymer (1926) infatti sostiene che l'apporto di giuste concentrazioni di cloruro sodico attiva la peristalsi intestinale.

Dirò fra poco che uno dei più benefici effetti da me osservati nei casi di peritoniti acute nei quali ho fatto seguire all'intervento l'introduzione di soluzioni ipertoniche di NaCl, è stato il precoce ristabilirsi, in modo abbastanza netto, della canalizzazione intestinale, tanto che io ritengo indubbia questa azione stimolante sulla peristalsi intestinale. Tale efficacia benefica non può naturalmente esplicarsi prima dell'intervento nei casi di occlusione intestinale, dove un ostacolo meccanico ne elimina la possibilità; d'altra parte la rimozione dell'ostacolo nell'intervento appare naturalmente come il fattore preminente della ristabilita canalizzazione. La efficacia quindi della terapia clorurata dovrà mantenersi nei limiti del miglioramento dello stato generale. Può apparire evidente invece l'azione sulla peristalsi intestinale, e nei miei casi è apparsa tale, quando si tratti di ileo postoperatorio o da peritonite.

In riguardo alle applicazioni pratiche in questo campo Gosset, C. Binet e Petit-Dutails hanno già usato la medicazione clorurata in un caso di peritonite seguita ad asportazione del retto e colon sigmoideo per via addominale, e con buon risultato. Anche in una osservazione di Courty, piuttosto che di occlusione postoperatoria, pare trattarsi di una peritonite seguita a colecistectomia in cui vi fu rottura della vescicola e spandimento di bile infetta nel campo operatorio.

Nei miei casi io ho adoperato la soluzione di cloruro di sodio al 10 % in fiale da dieci cm. cubi. Ho iniettato per lo più due fiale al giorno nei primi giorni, poi una fiala, continuando la medicazione per cinque, sei giorni. Nei primi casi la medicazione clorurata fu iniziata qualche tempo dopo l'intervento, in presenza di fatti minacciosi. Nei casi seguenti la terapia fu cominciata precocemente, subito dopo l'atto operatorio. Penso che nei casi gravi convenga praticarla anche prima dell'atto operativo, mentre ci si apparecchia a questo. Le iniezioni in cinque casi sono state praticate per via endovenosa: in un caso (si trattava di un bambino che poco si prestava alla introduzione per questa via) le iniezioni sono state fatte per via endomuscolare. Tale via era stata già usata senza inconvenienti da Foucault in un lattante affetto da invaginazione.

Insieme con la soluzione ipertonica di Na Cl bisogna somministrare agli operati grandi quantità di liquido (1000-1500 gr. nel primo giorno, 500 nei giorni seguenti per ipodermoclisi, 1000-1500 giornalmente per rettoclisi). Per questa somministrazione, piuttosto che

della semplice soluzione isotonica di cloruro di sodio, io mi servo di liquidi preparati secondo le formule Schiassi.

Le controindicazioni alla medicazione ipertonica clorurata pare siano scarse. Si dovrà essere guardinghi in presenza di gravi lesioni renali; ma in questo caso le indicazioni date dalla sola azotemia sembra non abbiano molto valore, in quanto che si è visto che l'elevazione di questa si accompagna con l'abbassamento del tasso dei cloruri nel sangue e pare anzi sia in funzione di questo. Di modo che *una alta azotemia con netta ipocloruremia non controindicherebbe l'uso di soluzioni ipertoniche cloruro-sodiche.* Gauvé l'ha adoperate in una vecchia donna, operata di ernia strozzata in stato comatoso, con azotemia di 2,20 ‰. Le iniezioni di NaCl apportarono secondo l'A., ottimi risultati, con diminuzione rapida dell'azotemia iniziale. Tale concezione acquista maggior valore dopo i lavori recenti (Blum, Van Caulaert, Pétrequin, Manguio) che sostengono l'esistenza di alte azotemie per deficienza di cloruro di sodio, deficienza che provoca un abbassamento della concentrazione molecolare del siero con alterazione della pressione osmotica. Si tratterebbe quindi, in questi casi, di azotemie di origine umorale, non renale.

Per mio conto sarei molto guardingo nell'iniettare soluzioni concentrate di NaCl in malati che presentassero edemi notevoli, specie se in dipendenza di lesioni renali.

In qualche ammalato sono stati segnalati edemi passeggeri agli arti inferiori in seguito ad iniezioni ripetute di soluzioni ipertoniche cloruro-sodiche. In qualche altro ammalato (Brisset) sono state constatate delle eruzioni erpetiche in coincidenza con ogni iniezione.

Vengo adesso ad esporre i casi di peritonite acuta da me trattati. Essi sono stati sei: in tutti si trattava di peritoniti purulente diffuse, in condizioni gravi ed in qualche caso eccezionalmente gravi. Quattro peritoniti erano di origine appendicolare; due da perforazione intestinale. Un ammalato è morto in 16ª giornata per broncopolmonite destra; cinque sono guariti.

CASO I. — G., a. 54 (18 maggio 1931, ore 16). — Operato in 3ª giornata di decorso per peritonite purulenta diffusa da appendicite perforata.

Decorso. — Le condizioni rimangono discrete fino all'inizio della 2ª giornata dall'intervento, quando il p. cominciò a presentare agitazione, senso di peso e di costrizione all'addome. Nella notte l'agitazione si accrebbe notevolmente; non vomito, alvo aperto con scariche diarroiche, singhiozzo. Nella mattina seguente il p. è peggiorato notevolmente; addome meteorico, dolente, polso piccolo, quasi assente; sudorazioni fredde, estremità fredde. Le condizioni peggiorano nel pomeriggio; compare vomito; alvo chiuso. Si accentua l'algidità delle estremità e del naso; polso quasi assente; si nota una certa euforia dell'ammalato (ipodermoclisi, cardiocinetici, adrenalina). Nella notte e mattina seguente (fine 3ª giornata) condizioni gravissime immutate; si pratica allora, oltre una ipodermoclisi, una iniezione endovenosa di 10 cc. di soluzione di cloruro di sodio al 10 %. Un'altra iniezione dopo sei ore. Si assiste con sorpresa al miglioramento dell'infermo creduto ormai finito. La pressione vascolare aumenta, le condizioni generali migliorano; l'infermo è caldo. Vi è ancora vomito. Nella notte *dal 22 al 23 due scariche alvine abbondanti.* La mattina del 23 (5ª giornata) le condizioni dell'infermo sono completamente mutate; esso è caldo, il polso è discreto; ha ancora uno o due vomiti, addome tuttora meteorico e senso di tensione addominale. Si pratica ancora per due giorni una iniezione quotidiana di cloruro di sodio al 10 %. Si ha ogni giorno, dopo qualche ora dalla iniezione (5-6) una abbondante evacuazione dell'alvo. Il meteorismo scompare. Le condizioni generali buonissime. Dopo quattro giorni che è stato sospeso il cloruro di sodio diarrea, durata tre giorni. Guarito il 21 giugno.

CASO II. — L. A., a. 7. Ricovera il 5 giugno 931 ore 16. Operato in condizioni gravi per peritonite purulenta da appendicite necrotica (3ª giornata). Nel decorso si ha peggioramento nel secondo giorno dall'intervento. Si rende evidente una dilatazione gastrica acuta con vomiti ripetuti. Si pratica una iniezione intramuscolare di 10 cc. di cloruro di sodio. Le condizioni si fanno discrete, ma persiste meteorismo, specie all'epigastrio e vomito; polso 120.

Condizioni immutate nei giorni seguenti, nonostante il vomito sia molto insistente e vi sia meteorismo notevole a localizzazione nettamente epigastrica (lavanda gastrica, decubito prono). Viene praticata una iniezione quotidiana di 10 cc. di NaCl al 10 % intramuscolare, oltre a ipodermoclisi ecc. Nella 4ª giornata l'alvo si apre spontaneamente. Rimossi i drenaggi si nota che vi è ristagno di pus, la temperatura cresce, mentre lo stato di intossicazione del paziente diminuisce, scompaiono i vomiti; l'alvo è aperto dal 4° giorno, il polso discreto.

Le medicazioni biquotidiane non riescono a procurare un buon drenaggio del pus; (intanto le iniezioni di cloruro di sodio sono state sospese, in tutto 5 iniezioni dal 2° al 6° giorno). Le condizioni del piccolo paziente si aggravano nuovamente per i fatti settici; in 14ª giornata è evidente un processo broncopolmonare del lobo superiore del polmone destro. Morte in 16ª giornata.

CASO III. — P.F.G.L. Ricovera 10 giugno 931. Operato in 64ª ora dall'inizio di un attacco appendicolare in condizioni generali gravi, all'intervento peritonite purulenta diffusa da appendicite necrotica. Subito dopo l'intervento iniezione endovenosa di Na Cl 10 cc. al 10 %.

Decorso dei più normali. Si pratica una iniezione di cloruro di sodio ogni giorno, per tre giorni, alvo apertosi spontaneamente alla 40ª ora dall'intervento.

CASO IV. — F. G., a. 43. Ricovera il 3 luglio ore 21. Operato in 4ª giornata di decorso per peritonite purulenta diffusa da appendicite necrotica, previa appendicectomia.

Subito dopo l'intervento ipodermoclisi, rettoclisi; una iniezione endovenosa di 10 cc. Na Cl al 10 %.

La mattina seguente evacuazione spontanea; condizioni generali discrete; polso 118 con 37° di temperatura. Nel pomeriggio altra iniezione endovenosa di cloruro di sodio. Le condizioni migliorano, nella notte 2ª evacuazione alvina. Si pratica per altri tre giorni una iniezione al giorno di cloruro di sodio; dopo qualche ora dalla iniezione si ha sempre evacuazione dall'alvo. Dopo 5 iniezioni si manifesta una diarrea che dura 3-4 giorni, non accompagnata da tenesmo e da altri disturbi. Si sospende allora il cloruro di sodio. Decorso semplice. Dimesso p. guarigione il 13 agosto.

CASO V. — P. F., a. 50. Ricovera il 17 luglio. Operato dal dott. Mastrangeli, aiuto dell'ospedale, per contusione addominale (decima ora). All'intervento una perforazione intestinale con peritonite diffusa. Subito dopo l'intervento una iniezione di cloruro di sodio, ipodermoclisi.

La mattina (18 luglio) seguente condizioni buone. IIª iniezione cloruro di sodio.

19 luglio. Miglioramento notevole IIIª iniezione cloruro di sodio. Evacuazione spontanea (42 ore dopo iniezione).

20 luglio. Buonissime condizioni. IVª iniezione Na Cl.

21 luglio. Vª iniezione Na Cl.

Decorso in seguito dei più normali; esce in via di guarigione il 22 agosto.

CASO VI. — De A. G., a. 56 (23 luglio, ore 22). Operato dopo 16 ore dall'inizio del male (dolore improvviso fossa iliaca destra). Perforazione dell'ileo; peritonite purulenta diffusa.

Subito dopo l'intervento iniezione di Na Cl e ipodermoclisi.

Notte discreta; mattina seguente condizioni generali piuttosto buone; 2 iniezioni di Na Cl endovenose nella giornata.

25 luglio. Condizioni buone. 2 iniezioni endovenose di Na Cl.

26 luglio. Nella notte ha avuto evacuazione spontanea (56 ore); stato generale buono; 2 iniezioni di Na Cl.

27 luglio. Nella notte ha vomitato 2 volte. 1 iniezione di Na Cl.

28 luglio. Evac. spontanea nella notte. Si sospende il cloruro di sodio.

Decorso posteriore normalissimo.

Qualche considerazione sui vari casi.

Nel caso II si è avuto l'unico decesso di questa serie abbastanza fortunata di peritoniti acute. Vale la pena di vagliare le cause di questo insuccesso. Il paziente non è certo morto della forma tossica che vediamo molto spesso portare alla morte i peritonitici nella 3ª, 4ª giornata dall'atto operatorio. Nel paziente dopo il 2° giorno si era manifestata una notevole dilatazione postoperatoria dello stomaco con vomiti frequentissimi; nonostante questa sindrome le condizioni generali si mantenevano discrete, ciò che io attribuisco al fatto che il malato veniva abbondantemente rifornito di acqua mediante le ipodermoclisi e di cloruro di sodio. Ma intanto si faceva evidente un altro pericolo, l'infiammazione peritoneale tuttora in evoluzione con insufficiente drenaggio e ristagno di pus in addome. Queste condizioni di cose portarono all'aumento di temperatura, all'aggravamento successivo dell'infermo e all'ultima localizzazione infettiva, rappresentata da un processo bronco-polmonare.

Nel caso I le condizioni del malato nella 3ª giornata dopo l'intervento erano disperate; si ebbe un miglioramento evidentissimo dopo la iniezione di cloruro di sodio. Per conto mio è la prima volta che vedo riaversi un peritonitico in tali condizioni.

Gli ultimi quattro casi ebbero una medicazione clorurata precoce; nonostante preesistessero lesioni molto gravi (specie nel III e nel VI) il decorso operatorio fu dei più semplici e sembrò di assistere al decorso operatorio non di peritonitici ma di operati d'elezione per interventi semplici.

Nel I ammalato durante il periodo gravissimo di tossiemia l'alvo era aperto a scariche diarroiche evidentemente tossiche; dopo 18 ore dalla iniezione di Na Cl. ebbe due scariche abbondanti. L'alvo si mantenne normalmente aperto.

Nel II caso la canalizzazione intestinale si ristabilì al 4° giorno. L'alvo si mantenne aperto in tutto il decorso, nonostante il processo peritonitico in atto fino alla morte.

Negli altri quattro casi il ripristino spontaneo della canalizzazione intestinale fu precoce dopo l'intervento che era stato accompagnato da iniezione di Na Cl (III caso dopo 40 ore, IV caso dopo 12 ore, V caso dopo 42 ore, VI caso dopo 56 ore). In tutto il decorso l'alvo si mantenne costantemente aperto, come è difficile a volte vedere, non dico nei peritonitici, ma nei comuni operati addominali. Si verificò con una certa regolarità, nelle iniezioni successive, il fatto che dopo 6-7 ore dalla iniezione di cloruro di sodio si aveva una abbondante scarica.

Nel caso IV dopo 6 iniezioni di NaCl e in 6ª giornata si verificò un periodo di qualche giorno di diarrea; la medicazione clorurata fu allora sospesa. La diarrea non accompagnata da nessun segno tossico e senza tenesmo, cedette in pochi giorni. Anche nel caso I, dopo quattro giorni che era stata sospesa la medicazione clorurata ed in periodo di netto miglioramento si ebbe, per tre giorni, diarrea insistente.

Avrei bisogno di un maggior numero di osservazioni per poter affermare se queste diarree debbono attribuirsi o no alla medica-

zione clorurata ipertonica; un po' più difficile mi pare affermarlo nel caso I in cui la diarrea comparve dopo 4 giorni che la introduzione di Na Cl era stata sospesa. Per mio conto però, se nel trattamento di un ammalato con il cloruro di sodio mi si presentasse nuovamente diarrea, io l'interpreterei nel senso che va sospesa l'introduzione di Na Cl.

Concludendo: Nei casi trattati si è potuto osservare un miglioramento notevole nelle condizioni generali, specialmente nel tono vascolare. Particolarmente notevole a questo riguardo il I caso in cui dopo l'introduzione di Na Cl si ebbe una insperata ed incredibile ripresa dell'ammalato sul quale si era ormai perduta ogni speranza. Gli ammalati trattati precocemente hanno avuto un decorso tranquillo, senza alcun fenomeno tossico; pare fondata l'ipotesi che la medicazione clorurata riesca a prevenire l'insorgenza di questi, anche agendo sulla canalizzazione intestinale che si è avuta precocemente ed in maniera stabile in quasi tutti i casi. Io credo sia questo un lato molto importante della terapia clorurata.

Giova osservare ancora una volta che, ad onta si trattasse di casi gravi, ricoverati ed operati tardivamente, con lesioni peritoneali gravi, l'unico decesso è avvenuto in 16ª giornata per broncopolmonite.

Pure essendo facile crearsi delle illusioni in terapia, a me, dai casi trattati, pare che non si possa negare l'efficacia della medicazione clorurata come cura ausiliaria dell'intervento nelle peritoniti acute. E poichè il metodo è innocuo, salvo poche controindicazioni facili a rilevarsi, vale la pena di sperimentarlo largamente, adottandolo precocemente, subito dopo l'intervento o mentre si prepara per questo, senza attendere la comparsa di fenomeni tossici gravi. Beninteso, l'adottare questa terapia ausiliaria non deve indurre in alcun modo a ritardare l'intervento che deve essere praticato secondo tutti i dettami speciali che la tecnica chirurgica insegna nelle peritoniti acute.

RIASSUNTO.

L'A. ha usato le iniezioni di soluzioni ipertoniche di cloruro di sodio in vari ammalati, che aveva operato per occlusione intestinale, ottenendo in un caso buoni risultati. Ha anche adoperato tali iniezioni in sei casi di peritoniti acute gravi, precedentemente o contemporaneamente operati, e ne ha ottenuto buoni risultati in riguardo allo stato generale ed al ripristino della canalizzazione intestinale. Ritiene, data l'innocuità del metodo, che esso vada largamente esperimentato, applicandolo precocemente, nello stesso tempo dell'operazione.

BIBLIOGRAFIA.

BICH. *Archivio Italiano di Chirurgia*, luglio 1931, vol. XXIX, fasc. 5.
BLUM. Presse Médicale, 1928.
COURTY. Bull. et Mém. Soc. nat. de Chir., vol. LV, n. 14, maggio 1929.
ESTOL CESAR. Anales de la Fac. de Med. Montevideo, vol. XI, n. 10, 1926.
FOUCAULT. Bull. et Mém. de la Soc. nat. Chir., vol. LV, n. 7, 1929.
GOSSET, BINET, PETIT-DUTAILLIS. I. *De Chirurgie*, tom. XXXV, n. 3, marzo 1930.
HADEN e ORR. Journal esp. Med., vol. XXXVIII, 1923; vol. XXXIX; vol. XLI.
MAIRANO. Minerva Medica, vol. II, n. 37, 1930.
MICHEL. Bull. et Mém. de la Soc. nat. Chir., vol. LIV, n. 34, 1928.
SAUVÉ. Ibid., n. 35, 1928.
VAN CAULAERT, PETREQUIN, MANGUIO. Gazette des Hôpitaux, aprile 1931.
VAREIA FUENTES e RUBINO P. Semaña Med., 34, n. 20, 1927.
VYMER Y. Arch. f. Klin. Chir., Bd. 143, 1926.
WITE. Gazette des Hôpitaux, n. 68, 1928.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI IVREA - SEZIONE CHIRURGICA
diretta dal prof. dott. G. CALISSANO.

Rottura traumatica sottocutanea retroperitoneale del duodeno.

Dott. GIAN VINCENZO BRIZIO, assistente.

Le contusioni dell'addome per le lesioni interne che spesse volte producono: lacerazione di organi cavi o solidi, rotture vasali ecc., sono sempre state oggetto di studi ed osservazioni. Nei casi in cui manca la classica coorte dei sintomi di lesione cavitaria od appare evidente la sproporzione tra entità del trauma e gravità delle lesioni riscontrate ovvero tra luogo di applicazione del medesimo e sede di lesione l'interesse loro è assai maggiore.

Da varie statistiche di contusioni addominali risulta colpito il maggior numero di volte l'intestino e, rispetto ai suoi segmenti, il tenue (Pétry, Tawatst), più di rado l'intestino crasso e più ancora lo stomaco ed il duodeno. Secondo Melchior fino al 1917 non si contavano più di cento osservazioni di rottura traumatica sottocutanea del duodeno; ma questa statistica comprende anche casi di perforazione traumatica in rapporto ad ulcere duodenali preesistenti; in Italia, per quanto mi consta, non sono stati pubblicati fino ad ora che cinque casi (Brambilla, Cauli, Vaccari, Cavina). Credo quindi giustificata l'esposizione di

un caso occorsomi all'osservazione nella sezione chirurgica dell'ospedale d'Ivrea diretta dal Prof. G. Calissano che vivamente ringrazio per i consigli di cui mi è stato largo nella presente nota.

C. G. — Anamnesi famigliare muta.

L'a. riferisce di non essere stato affetto da malattie degne di nota.

Il 1° luglio percorrendo in bicicletta una strada in discesa verso le ore otto andò ad urtare con violenza contro una sbarra di un carro che lo colpì all'emitorace destro presso le inserzioni sterno-costali delle ultime coste. Viene condotto in Ospedale per le cure del caso.

E. O. Giovanotto di robusta costituzione fisica. Masse muscolari ben sviluppate. Pannicolo adiposo normale.

Nulla di notevole al capo.

Il torace presenta nella parte più alta dell'epigastrio, un po' a destra della linea mediana una ecchimosi della grandezza del palmo della mano, rotondeggiante, dolente alla pressione. Non si rilevano sintomi di frattura costale.

Coi colpi di tosse ivi si rileva la formazione di una piccola bozza grossa come un mandarino.

Nulla di notevole agli arti; riflessi superficiali e profondi normali. Psiche integra.

Ore 16,30: All'addome si nota la comparsa di una difesa muscolare addominale specialmente netta sui quadranti di destra. Il quadrante inferiore destro presenta ottusità ben rilevabile alla percussione prudente. L'arto inferiore di destra viene tenuto in posizione obbligata di semiflessione.

Temperatura 37,7. Polso pieno e valido (84 al 1').

Con diagnosi generica di lesione addominale interna si decide l'intervento.

Operazione (prof. Calissano). Ammalato in decubito dorsale. Anestesia generale eterea.

Si incide la cute secondo Keher e si prolunga il taglio fino all'ombellicale trasversa. La musculatura è contusa, arrossata e nerastra e sotto l'arcata costale destra presenta una breccia che interessa il peritoneo dalla quale fuoriesce sangue.

Protetta la cute con garza e completata l'apertura del peritoneo per tutto il tratto dell'incisione cutanea, si procede all'esame dei visceri. Il fegato presenta alla faccia inferiore del lobo destro una rottura lunga circa 3 cm., poco profonda. L'omento, il mesentere, il mesocolon e la matassa intestinale presentano una soffusione emorragica che in molti punti raggiunge l'imponenza di un ematoma. L'emorragia continua e sembra provenire dalla profondità. Non riscontrandosi lesioni del tenue e del colon si sposta verso sinistra tutta la matassa del tenue e si giunge così sul peritoneo posteriore. Si cade in mezzo ad una raccolta ematica che viene accuratamente asciugata con tamponi di garza e si scopre in tal modo la 3ª porzione del duodeno sezionata in due parti trasversalmente. Data la fissità del viscere, la diastasi dei capi, la scarsa consistenza delle pareti non si può procedere alla entero-anastomosi terminale. Si procede alla sutura dei due monconi separatamente a borsa di tabacco con doppia sutura. I due monconi sono poi accollati fra di loro con le parti suturate per renderne la chiusura più salda. Si procede alla toeletta dello spazio retroperitoneale e si chiude accuratamente il peritoneo posteriore. Toeletta accurata dell'addome.

Si procede rapidamente alla duodeno-digiunostomia.

Sutura completa della parete a strati.

Decorso postoperatorio. — Nella sera stessa si procede ad una fleboclisi di duecentocinquanta cc. e ad iniezione di coaguleno, endocalcio, canfora.

Durante la notte insorgono dolori addominali intensi e la temperatura sale a 38°,5. Nelle due giornate seguenti la temperatura va gradatamente aumentando ed il polso aumenta rapidamente di frequenza e si fa man mano più debole.

Il giorno 3, verso le ore 16 la medicazione esaminata presenta qualche traccia di liquame scuro di odore cattivo. La temperatura sale ancora (40°,5) ed il polso giunge ad una frequenza di 140 al 1'.

Alle ore 24 l'ammalato decede.

Non si sono osservati mai sintomi di alterato circolo gastro-enterico.

Etiologia. Nelle rotture del duodeno, come quelle dell'intestino in genere, l'etiologia è varia. Si tratta generalmente di colpi portati sull'addome (calcio di cavallo o di uomo, colpo di timone di vettura anche sulle regioni lombari, passaggio di ruota di carro o vettura o schiacciamento tra due vagoni ecc.); in certi casi, come il nostro, è l'individuo che va ad urtare con violenza contro corpi salienti o cade sopra di essi.

In un caso (Viti) fu osservata una rottura in seguito a caduta all'indietro.

La località più frequentemente colpita dal trauma è la metà superiore dell'addome; in un caso di Vestbrook la regione lombare.

Nei casi di Greig e Schmith una caduta sul dorso fu quella che determinò le lesioni intestinali.

Sono cause predisponenti alle rotture del duodeno lo stato di ripienezza delle viscere; le lesioni delle sue pareti quali le ulcerazioni; la posizione del corpo; il contenuto delle viscere, essendo noto dalle esperienze di Dambrin, Fèvrier, Longuet come la forza impiegata per produrre una lacerazione di un'ansa intestinale sia minore quando il suo contenuto è liquido, mentre invece la distensione da gas non ne favorirebbe la lacerazione.

Per quanto sia stato osservato che quando esistono lacerazioni muscolari delle pareti sono più rare le lesioni endoaddominali, nel caso nostro invece alla lacerazione delle pareti muscolari corrisponde una grave lesione del duodeno.

Frequenza. Secondo varie statistiche sulle rotture del duodeno questo delle varie sezioni dell'intestino è il più raramente colpito. Ciò è a sufficienza spiegato dalla sua posizione, molto lontana dalla parete anteriore dell'addome, dalla lunghezza sua relativamente breve: d'altra parte la gravità delle sue le-

sioni in seguito a traumatismi violenti si spiega con la sua fissità e col suo esteso ed intimo contatto con la colonna vertebrale. La statistica di Voie riporta su 18 casi di contusione addominale 12 lacerazioni intestinali e tra esse una duodenale, quella di Makius 292 contusioni con 89 rotture intestinali tra cui una duodenale, quella di Voswin e Kel su 14 rotture intestinali una duodenale, quella di Neumann 133 contusioni tra cui 62 viscerali, 22 rotture intestinali ed una sola duodenale.

Come si vede la percentuale è varia, ma tutte le statistiche concordano nel dimostrare come il duodeno sia raramente colpito nelle contusioni addominali.

Meccanismo. Anche qui come per le altre rotture dell'intestino in genere si invocano tre principali meccanismi: da scoppio (éclatement), da strappamento (déchirement), da schiacciamento (écrasement).

In favore della teoria da scoppio si deve ricordare come la fissità del duodeno, la sua parziale chiusura in corrispondenza del tratto pilorico per la presenza dello sfintere, il suo contenuto molto liquido e poco gassoso e la sua fissità, quando un colpo è rapidamente portato su di esso siano tutte condizioni favorevoli alla rottura. Tuttavia questa sembra l'evenienza più rara.

Per spiegare il meccanismo da strappamento occorre ricordare che il duodeno è fissato alla parete posteriore dell'addome eccetto la sua parte iniziale ed all'angolo duodeno-digiunale: ora se lo stomaco o l'ansa digiunale, che sono mobili, subiscono per effetto del trauma un subitaneo dislocamento, si può, per trazione, avere una lacerazione più o meno estesa del duodeno e perfino la lacerazione trasversale di gran parte di esso. In questi casi la sede di elezione è il piloro e, più sovente ancora, l'angolo duodeno-digiunale. La superficie su cui agisce il trauma è generalmente larga e più o meno tangenziale alla parete (strappamento tra intestino mobile e fisso).

Il meccanismo per schiacciamento è probabilmente il più frequente e si spiega poi per il duodeno ancora più facilmente che per le altre parti dell'intestino dato il suo diretto ed esteso contatto con la colonna. In esso i colpi più pericolosi son quelli perpendicolari alla parete e portati sulla linea mediana.

Non sembra possibile dai caratteri anatomici della lesione ricostruire le modalità del meccanismo, per quanto alcuni AA. abbiano affermato che in seguito a schiacciamento si lacera prima la mucosa e successivamente la muscolare e la sierosa sì che a lacerazione completa la perforazione sarebbe imbutiforme con base alla mucosa, mentre in quella da scoppio la sierosa cedendo per prima la perforazione verrebbe ad avere l'aspetto ad imbuto a base esterna.

Nel nostro caso essendo stata sezionata completamente la 3ª porzione in senso trasversale, in intimo contatto con la colonna, possiamo verosimilmente invocare in causa il meccanismo da schiacciamento.

Sede. Pure essendo il più frequente colpita la pars descendens o 2ª porzione e la pars horizontalis o 3ª porzione, si osservano anche rotture nella pars pilorica o digiuno-duodenale (v. s. meccanismo da strappamento).

Nei casi riportati da Berry, Giuseppi, Hagen, Panthal, Schwartz, Sieradzki, Wilson, sette volte fu interessata la porzione pilorica, sedici volte la 1ª porzione (Edwards, Godewin, Gillette, Chini, Herapath, Schow, Santos, Viti, Wagrowski, venti volte la 2ª porzione, ventidue volte la 3ª, quattro volte la quarta. Nel nostro caso la sede corrisponde a quella più frequentemente osservata dai s. c. autori.

Anatomia patologica. Come per le altre lesioni intestinali anche per il duodeno si distinguono contusioni semplici, rotture parziali e rotture totali.

Nelle contusioni semplici si osservano ecchimosi sottosierose e sottomucose, talora ematomi più o meno cospicui che separano la mucosa dalla muscolare. In certi casi fu notata la formazione di un ematoma alla radice del mesentere (Meerwen), in altri lesioni semplici della mucosa (Dos Santos), rammollimento delle tuniche (Thommen), escare (Potherat) che poi cadendo conducono alla perforazione. L'evoluzione di queste lesioni è, come ben si comprende, varia, a seconda della loro estensione e profondità: se la contusione è stata seria si ha sfacelo per cattiva nutrizione dei tessuti e migrazione batterica attraverso le pareti alterate, sollevamento della sierosa per sviluppo di gas, invasione saccata del peritoneo, a volte rapidissima (Dambrin). All'opposto se l'escara non interessa a tutto spessore la parete duodenale si può avere la *restitutio ad integrum.*

Le rotture parziali ma complete sono le più frequenti. La loro forma può essere grossolanamente rotonda od ovalare, puntiforme, talvolta sono difficili a ritracciarsi (Herapath, Hertlé ecc.).

Possono essere intraperitoneali o retroperitoneali, a seconda che la perforazione interessa rispettivamente la parete anteriore che, come si sa, è provvista di peritoneo, o quella po-

steriore. Le fenditure possono essere parallele o perpendicolari all'asse del duodeno ed in qualsiasi delle sue porzioni.

Le rotture totali offrono invece alcune particolarità: la loro linea è generalmente perpendicolare al grande asse ed hanno più di frequente come sede (2/3 dei casi) l'angolo duodeno-digiunale e le vicinanze del piloro. In questa ultima evenienza rivestono un carattere di maggior gravità dato il volume dei vasi in questa regione.

Il maggior numero delle rotture totali è intraperitoneale, più raramente retroperitoneale (Bennett, Güntner, Hagen ecc.). Loro caratteristica è l'irregolarità dei bordi con formazione d'ernia della mucosa a livello della sezione, che secondo Potherat avrebbe per risultato temporaneo d'impedire lo spandimento del contenuto intestinale nel peritoneo.

Sintomi. Tra i sintomi della rottura duodenale capitale è il dolore addominale acuto, localizzato generalmente alla parte alta dell'addome, esacerbantesi alla palpazione: in certi casi, come nel nostro, può essere inizialmente poco intenso ed andare aumentando nelle ore successive fino a generalizzarsi a tutto l'addome se l'arte non interviene, per il sopravvenire di peritonite generalizzata. La sua sede, oltre che in area di proiezione del duodeno, può esser varia, alla metà sinistra dell'addome (Ely), all'ipocondrio destro, come appunto più intensamente nel nostro caso, perfino nelle fosse iliache, destra o sinistra (Schmith). È manifesto quindi come la sede in cui è localizzato il massimo del dolore non è sempre così fissa da permettere senz'altro una diagnosi esatta sul tratto d'intestino alterato: solo la concomitanza di vomito ematico evenienza per altro rarissima, ci potrà far sospettare essere il duodeno il segmento colpito. Il dolore può poi mancare nei casi di schock intenso.

Tuttavia nonostante gli stretti rapporti tra duodeno e plesso solare ed aortico-mesenterico sembrino implicare una grande frequenza ed intensità dei fenomeni di schock, questi sono piuttosto rari nelle rotture del duodeno.

La contrattura della parete è stata variamente ritenuta conseguenza d'irritazione chimica e meccanica del contenuto intestinale sul peritoneo parietale o di natura riflessa per difesa al dolore o spontanea difesa dell'organismo (Perez). Comunque questa non manca che rarissimamente e non ha caratteri speciali nelle rotture del duodeno. Noi la trovammo più spiccata al quadrante superiore destro, ma bisogna tener presente che coesisteva una lacerazione della parete addominale immediatamente al di sotto delle ultime inserzioni sterno-costali destre ed inoltre sulla faccia inferiore del lobo destro del fegato, lesioni di per sè già sufficienti per spiegare una netta tensione muscolare.

Nei casi in cui la percussione pone in evidenza una ottusità, si avrà un elemento di più per sospettare una rottura o dell'intestino o di grossi vasi: ma essa, specialmente all'inizio, può far difetto. Nei casi, come nel nostro, in cui il versamento è retroperitoneale, l'ottusità è poco spiccata e secondo alcuni mancante, riscontrandosi invece ad una palpazione accurata (se la contrattura della parete lo permette!) una tumefazione profonda, eventualmente fluttuante, rappresentata per lo più da un ematoma (Cavina). Ritengo che questo reperto sia estremamente raro.

La scomparsa dell'aia di ottusità epatica è precoce nelle rotture intraperitoneali alte, gastro-duodenali, e si deve al raccogliersi di gas libero tra diaframma ed ultime coste, e va ricercata con una percussione eseguita a paziente in decubito laterale sinistro e sull'ascellare media, potendo essere nascosta da versamenti abbondanti o simulata da meteorismo colico.

Necessariamente nel p. nostro questo sintomo fece difetto.

Il vomito, che spesso manca, ha solo valore se è progressivo, poichè esso può aversi anche per semplici contusioni senza lesioni viscerali, per irritazione peritoneale o semplicemente per riflesso. Se tardivo, è sempre indizio di peritonite generalizzata.

In complesso il dolore, la contrattura muscolare precoce, il respiro superficiale di tipo costale, l'ottusità sull'addome, la scomparsa dell'aia di ottusità epatica, il vomito, l'assenza dei riflessi superficiali son tutti elementi che impongono senz'altro la diagnosi di grave lesione viscerale in genere, senza che per altro nessuno di questi sintomi sia patognomonico di lesione duodenale per qualche suo carattere.

Decorso e cura. L'evoluzione della rottura del duodeno è ordinariamente assai più rapida se intraperitoneale, generalmente di poche ore, la morte essendo causata dallo schock, emorragia grave ecc. Solo quando si formano aderenze protettrici, come di eccezione, o nelle forme retroperitoneali, il decorso è più lungo, ma anche qui la raccolta di solito irrompe poi per lacerazione del peritoneo teso nel gran cavo addominale (Thomson, Berry, Giuseppi) oppure con fenomeni setticemici per sfacelo di parti gravemente alterate sopravviene l'*exi-*

tus, magari dopo un periodo silenzioso talora preceduto da collasso iniziale, attraverso fenomeni di peritonite acuta o subacuta.

Appena formulata quindi la diagnosi generica di lesione viscerale la cura deve essere immediata e chirurgica.

I tagli consigliati per mettere in maggior luce il viscere interessato (taglio trasversale lombo-addominale nelle forme retroperitoneali, Vaccari, mediano anteriore, ecc) potranno prendersi in considerazione solo a diagnosi esattamente formulata. Perfino aperto l'addome certe lesioni possono sfuggire se non si esplora la retrocavità degli epiploon introducendo un dito nel foro di Winslov, incidendo il legamento gastro-colico o praticando lo scollamento colon-epiploico, come da noi è stato fatto.

Nelle rotture parziali è sufficiente la semplice enterorrafia: qualche volta è consigliabile praticare una gastro-entero-stomia per mettere a riposo la porzione duodenale sì da impedire una deiscenza della sutura già favorita dall'azione necrotizzante del contenuto duodenale. Nelle lacerazioni totali trasversali si praticherà la riunione diretta dei due monconi o, meglio, come noi abbiamo fatto, la chiusura dei due monconi ed il loro ulteriore accollamento con sutura siero-sierosa dei due capi ed una duodeno-digiunostomia.

Senza entrare in piena questione se convenga o meno drenare l'addome in simili casi, esprimiamo modestamente il nostro parere, condiviso da moltissimi, che solo in casi di grave infezione sia pericoloso non drenare, omettendo di farlo invece volentieri quando la perforazione risale a poco tempo ed il versamento è poco settico, poichè il drenaggio è spesso insufficiente, disturba i poteri naturali di difesa del peritoneo e dell'omento, cagiona spesso aderenze e sventramenti.

Noi, dato il tipo extraperitoneale della rottura, abbiamo tralasciato il drenaggio. L'evoluzione ulteriore, come era da temersi, in causa delle gravi lesioni vasali dell'omento e del mesentere con conseguente soffusione diffusa ed in certi punti formazione di ematomi, oltre alla cospicua raccolta ematico-intestinale retroperitoneale, è stata contrassegnata dal graduale sopravvenire dello sfacelo dei tessuti e la morte è sopraggiunta dopo 60 ore dall'infortunio con fenomeni chiari di peritonite generalizzata.

RIASSUNTO.

L'A. riporta un caso di rottura retroperitoneale della 3ª porzione del duodeno trasversale e completa in cui i sintomi, scarsi all'inizio, si sono andati nettamente delineando nelle ore successive.

Ricordato la sintomatologia di queste rotture ed accennato alla prognosi, per lo più sfavorevole, si sofferma su alcune note d'indole tecnica.

BIBLIOGRAFIA.

Melchior. *Die chirurgie des duodénum.* Stuttgard.
Brambilla. Gazzetta Medica Lombarda, 1882, n. 32.
Viti. Riforma Medica, 1889, p. 106.
Vaccari. Archivio Ital. di Chirurgia, 1924, p. 49.
Cavina. Policlinico, Sez. Prat. 1925, n. 41.
Cauli. Rivista Ospedaliera, 1913, III, p. 311.
Bergamini. Giornale medico dell'alto Adige, luglio 1930.
Moty. Rev. de Chir., 1890.
Puccinelli. *Le peritoniti acute.* Riv. Ospedaliera, 1927.

SUNTI E RASSEGNE.

Contributi sperimentali allo studio della genesi spastica delle ulcere gastriche.

(F. Pescatori e W. Rogers. *Lo Sperimentale*, 3 ottobre 1931).

Se si considerano dal punto di vista generale tutte le teorie destinate a mettere in evidenza i vari fattori eziologici e i vari momenti patogenetici dell'ulcera gastrica, non si può fare a meno di rilevare come per tutti i casi presi in esame due siano gli elementi riconosciuti dalle varie teorie come strettamente indispensabili per la spiegazione della genesi dell'ulcera gastrica: l'autodigestione e il fenomeno vascolare o motore. A quest'ultimo elemento si sono particolarmente rivolte le ricerche degli AA., i quali hanno tentato sperimentalmente di produrre uno stato spastico della muscolatura gastrica, capace di riprodurre un'ulcera gastrica, con i seguenti due metodi: applicazione di una corrente elettrica sulla sierosa gastrica e iniezioni sottosierose di ergotina.

Dai risultati ottenuti essi concludono come nella patogenesi della ulcera gastrica l'azione svolta dallo spasmo della muscolatura parietale non sembra consistere tanto nella determinazione di una costrizione passiva dei vasi nutritizi arteriosi e venosi della mucosa gastrica, quanto nel creare alla parete stessa due condizioni: irrigidimento della tonaca muscolare e riduzione del lume dello stomaco.

Tali due condizioni creerebbero alla mucosa gastrica la possibilità di poter essere più a lungo e più energicamente trascinata (lungo la parete muscolare irrigidita dallo spasmo), dagli energici sforzi compiuti dal fondo dello stomaco ed intesi a svuotare la cavità gastrica nonostante la strettura persistente provocata dallo spasmo.

È su tali basi che si verificano nella mucosa gastrica zone di atrofia e di ulcerazione che sono verosimilmente in rapporto alla compressione e allo stiramento dei vasi nutritizi della mucosa decorrenti in seno alla sotto mucosa. Infatti uno stimolo energico condotto sulla muscolatura liscia o ripetutamente (stimolo elettrico) o singolarmente (ergotina), purchè raggiunga un certo grado di intensità, è capace di produrre una diminuzione del lume dello stomaco dell'animale in esperimento.

L'ipotesi emessa dagli AA. si avvicina molto a quella sostenuta dal Baggio il quale, avendo dimostrato come soltanto alcune ulcere siano accompagnate da alterazioni circolatorie istologicamente riconoscibili, è portato a sostenere l'ipotesi che la stenosi gastrica da spasmo muscolare, aumentando la pressione intragastrica, favorisca le turbe circolatorie che sono riconosciute come il primitivo elemento su cui si impianta e si svolge il processo ulcerativo. Secondo gli AA. sarebbe invece lo scivolamento eccessivo della mucosa nella progressione degli alimenti, richiesto dall'irrigidimento della parete muscolare gastrica, che accentuerebbe i fenomeni di anemizzazione dai quali deriverebbe la ulcerazione della mucosa. G. LA CAVA.

La clinica del duodeno parzialmente mobile.

(C. BONARINO UDAONDO. *El Hospital Argentino*, 30 agosto 1931).

La patologia del duodeno ha attratto in questi ultimi anni l'attenzione di molti studiosi, specialmente da quando il controllo radiologico sistematico ha permesso di attribuire alla sua vera causa sintomi e quadri morbosi che erano una volta di ben difficile interpretazione. L'A., prendendo occasione da 7 casi di duodeno mobile capitati sotto la sua osservazione, riassume in bella sintesi ciò che sino ad oggi si sa di questa affezione che raramente viene diagnosticata.

Il duodeno, salvo che nella sua porzione bulbare, si trova fissato al piano posteriore dell'addome e le variazioni di posizione constatate nel cambio del decubito si realizzano normalmente a spese della sua prima porzione. La mancanza di coattazione, completa o parziale, del mesoduodeno al peritoneo posteriore costituisce il substrato anatomico del duodeno mobile completo o parziale, varietà dipendenti ambedue da un vizio di sviluppo embrionario.

Il duodeno totalmente mobile è raro e la maggior parte delle osservazioni sono reperti di autopsia. La mobilità parziale invece, che è quella che interessa la clinica, può essere a carico di un qualsiasi segmento del duodeno, più comunemente del secondo, ed in questo caso si estende fino all'impianto del mesocolon trasverso o al suo terzo o due terzi superiori.

Duval secondo il grado della mobilità, la divide in sopra e sottovateriana. Sulle cause etiologiche di questa malformazione molto si è discusso, ne è il caso di riferire le varie ipotesi emesse. Più importante invece è lo studio degli elementi su cui deve basarsi la clinica del duodeno mobile.

Questo stato morboso non è affatto raro, e il numero delle osservazioni è molto aumentato da quando l'attenzione è stata richiamata su di esso: latente in gran numero di casi, esso dà luogo a sintomi quando si manifestino delle complicazioni: spesso degli stati morbosi confusi, con sintomi banali o incongruenti, diagnosticati come funzionali o neurogeni, nascondono questa anomalia che viene scoperta con un accurato esame radiologico. Le complicazioni più frequenti sono gli ostacoli alla evacuazione segmentaria con stenosi relativa che portano spesso a stati infiammatori periduodenali.

La sintomatologia è varia: le crisi sensitive epigastriche sono frequenti e raggiungono talvolta grande violenza 3-5 ore dopo il pasto. La sedazione del dolore nel decubito dorsale è stata segnalata da alcuni AA. come sintoma caratteristico, come anche l'inizio delle crisi dolorose nei primi anni di vita e l'aumento d'intensità col crescere dell'età.

L'itterizia si ha nel 60 % dei casi: itterizia discreta, intermittente e di breve durata. La diarrea era il sintoma dominante in un paziente di Breton. Più frequentemente il ritardo del transito duodenale produce reazioni dispeptiche come nausee, produzione di gas, vomiti alimentari e biliari, tensione e pesantezza epigastrica, sintomi che rispondono ad una gastro-duodenite con tendenza evolutiva che può servire d'impianto alle infezioni biliari.

L'esame radiologico permette la diagnosi esatta: le immagini del duodeno mobile variano molto sullo schermo radiografico. Si ha la forma di duodeno invertito ad U aperto verso il basso e a sinistra; oppure la forma cosidetta a « doppio festone ». Queste anomalie constatabili in posizione eretta, si modificano o spariscono in posizione supina. Gli AA. italiani (Busi e scuola) hanno richiamata l'attenzione sulle relazioni fra questa malformazione e la ptosi epato-duodenale, l'allargamento del legamento epato-duodenale, ed altre malformazioni congenite o acquisite.

Tali sono gli elementi clinici e radiologici su cui si basa la diagnosi di duodeno anormalmente mobile. Questa malformazione non rappresenta un vero stato morboso di per sè, ma lo diventa quando altri fattori concomitanti meccanici o flogistici, ne complicano il quadro evolutivo. G. LA CAVA.

L'invaginazione dell'appendice.

(ESAU. *Zent. f. Chir.*, 1931, n. 21).

Circa 10 anni addietro Szenes della Clinica di Eiselsberg ne raccolse, a proposito di uno suo, 7 casi nella letteratura di questa evenienza dei quali una parte riguardano l'invaginazione della sola appendice, un'altra l'appendice e il cieco, un'altra infine nei quali si era invaginata nel colon una massa di varie parti. È certo che è una evenienza molto rara.

L'A. dopo 26 anni di attività chirurgica ne ha riscontrato un caso in una bambina di 5 anni di costituzione molto gracile la quale 6 giorni prima dell'entrata in ospedale aveva disturbi di digestione con dolori al ventre cui si aggiunsero negli ultimi due giorni vomito, febbre e poi dolore alla regione appendicolare, difesa muscolare. Nella fossa iliaca destra si palpava una intumescenza indistinta di 3 centimetri di diametro che si poteva riferire ad una appendice infiammata. Aperto il peritoneo si trovò nella cupola del cieco come un bottone che sporgeva sulla parete ispessita. Sollevato il cieco si mostrava senza meso ed il mesenteriolo dell'appendice, ridotto ad un piccolo tralcio si perdeva nella parete del cieco. L'appendice era per 2 terzi invaginata ed era stretta da un anello nella cupola del cieco che non lasciava disinvaginare l'organo. Per ciò fu fatta una resezione della cupola del cieco con l'appendice inserita e fu chiusa la breccia cecale residua. La diagnosi sul pezzo anatomico fu di appendicite flemmonosa con invaginazione.

Nella patogenesi di questa affezione ha certamente importanza la forma allungata del cieco, senza meso e mesenteriolo ed una larga base d'impianto dell'appendice nel cieco.

È interessante notare che un gran numero di queste invaginazioni appartengono al primo decennio di vita ed al sesso maschile.

La diagnosi si può dire impossibile.

Il trattamento può essere rappresentato dalla disinvaginazione e appendicectomia o della resezione del cieco.

La prognosi è simile a quella di un attacco di appendicite acuta. R. BRANCATI.

Disordini funzionali del colon.

(E. J. SPRIGGS. *The Quarterly Journ. of Med.*, luglio 1931).

L'A. ha trovato disordini più o meno importanti del colon in 2086 casi su 4000 ammalati osservati. Si trattava di svariate malattie: sprue, malattia celiaca, tumori, volvoli, parassiti, coliti ulcerose, dissenteria, poliposi, esiti di colectomia, di colostomia, di colopessia, aderenze postoperative, colite mucomembranosa, coloptosi, diverticulite e diverticulosi, disordini del tono.

I disordini funzionali più importanti sono la stipsi, la diarrea e lo spasmo. Le cause dei disordini funzionali sono le infezioni (piorrea, malattie della gola, parassiti), i raffreddamenti, l'eccesso di fumo, acqua cattiva, acqua fredda, vitto poco buono. Le cause principali sono le neurosi e la stitichezza. Alcuni sostengono che la causa sia solo la stipsi, alla quale segue la neurosi.

L'A. ritiene che un sistema nervoso instabile, sia per ragioni congenite che acquisite, è una causa predisponente importante, ma che la causa immediata determinante è la stipsi. Egli ha anche osservato che la stipsi lieve è meno dannosa dell'uso costante di lassativi.

L'età in cui i disturbi del colon sono prevalenti è la media (in media 44 anni per gli uomini, 42 per le donne). Le donne ne soffrono più spesso degli uomini.

In alcuni casi il fattore psichico ha indubbiamente molta importanza.

La patogenesi dei disturbi funzionali può riassumersi in disordini neuromuscolari, in cui esiste irritazione della mucosa da causa tossica o batterica e fenomeni riflessi consecutivi. La maggiore resistenza dell'intestino a cause di irritazione si ha quando il suo circolo venoso si compie bene; la sua resistenza diminuisce quando la circolazione venosa è rallentata e quindi il sangue si satura di gas ristagnante nell'intestino. Si ritiene anche che i germi possano passare dall'intestino nel circolo generale e nei tessuti.

Secondo alcuni spesso si tratta di fenomeni allergici.

Per quanto riguarda l'*anatomia patologica*, spesso all'esame sigmoscopico la mucosa appare normale; a volte si hanno solo depositi di muco.

I microrganismi che furono trovati furono del gruppo coli, streptococchi e anaerobi.

I sintomi che accompagnano i disturbi funzionali del colon sono: senso di peso o anche dolore più o meno forte, o senso di crampo, o di distensione, con borborigmi, dopo i pasti, a volte con vomito. Il dolore è nettamente colico nel 55 % dei casi; nel 26 % è epigastrico. Frequente è l'anoressia, come pure la nausea. La stipsi è costante, ma può alternarsi a diarrea. A questi disturbi si accompagnano con frequenza senso di debolezza generale e cefalea; qualche volta febbre.

Radiologicamente si può avere passaggio del pasto opaco nel colon più o meno rapidamente del normale, con aumento o diminuzione del tono.

Ai disturbi colici possono essere associate malattie o disturbi d'altri organi: colecistite, colelitiasi, calcolosi renale.

La prognosi nei riguardi della vita è ottima, nei riguardi della guarigione varia da caso a caso.

La profilassi si fa facilitando le evacuazioni regolari, ma senza uso di lassativi irritanti.

La cura varia secondo i casi: alcune volte bastano lassativi non irritanti, oppure basta maggiore varietà dell'alimentazione. Si hanno a volte risultati dal latte acido, dalla paraffina, o dai massaggi, o dai clisteri alti. Non si trascurerà lo stato psichico del paziente. Negli stati spastici può giovare dare la belladonna, o sospendere l'uso del tabacco nei forti fumatori. Alcune volte può giovare la resezione del sigma, se questo è enorme.

R. LUSENA.

La poliposi colica diffusa.

(LEVEUF e ODRU. *Journ. d. chir.*, t. 37, n. 46).

Affezione rara, caratterizzata dalla presenza di numerosi polipi, sessili o peduncolati, del volume da una testa di spillo a una nocciuola, che tappezzano tutta la mucosa dell'intestino crasso. Si distingue questa « *forma diffusa primitiva* » (detta anche *poliposi congenita disseminata, poliposi dell'adolescenza, poliadenosi vera*) da una « *forma secondaria o acquisita dell'adulto* » che è più limitata ed in rapporto a irritazioni croniche. Spesso queste due forme vengono confuse. Su 130 casi noti nella letteratura L. e O. ne hanno trovato solo 30 di vera forma diffusa primitiva. A questi aggiungono un caso di osservazione personale e ne prendono le mosse per trattare diffusamente di tale affezione.

Gli autori anglo-americani hanno in special modo preso in esame la questione della poliposi colica diffusa.

Anatomia patologica. I polipi occupano tutto il grosso intestino, retto compreso. In qualche caso il retto è indenne; in qualche altro la poliposi si estende anche all'ileo. I polipi sono numerosissimi e tutta la mucosa ne è tappezzata. Vanno quindi esclusi da questa forma quei casi in cui i polipi si sono sviluppati in diversi segmenti del crasso ma con larghi intervalli di mucosa normale. Il volume dei singoli polipi va da una testa di spillo a una ciliegia; possono essere sessili o peduncolati e talora confluire a grappolo. Istologicamente mostrano la struttura degli adenomi: delle ghiandole intestinali allungate, ramificate, ipertrofiche, talora di aspetto cistico, sono disposte attorno a un asse connettivo-vascolare e non presentano note di flogosi.

Etiologia. Si osserva quasi esclusivamente nell'età giovane. Nei casi noti l'età varia dai 5 ai 40 anni. Solo 2 casi al di sopra di 40 anni. La maggior frequenza è fra i 10 e 30 anni (22 casi su 33). Spesso è stata rilevata una predisposizione familiare.

Sintomi: L'esordio è caratterizzato dalla *diarrea*, fino a 15-20 scariche per giorno. Successivamente compaiono le *emorragie intestinali*. Una volta costituitasi la « *diarrea sanguinolenta* », che è il sintoma caratteristico dell'affezione, non si arresta più. Conseguentemente si stabilisce uno stato di *anemia* che spesso è intensa tanto da richiedere una trasfusione. Alle emorragie profuse macroscopiche si aggiungono quelle occulte, continue, svelabili con l'esame clinico delle feci. Nelle feci possono trovarsi anche dei polipi staccati. Talora si hanno *crisi dolorose* per fatti di ostruzione o per sopraggiunta colite.

Quando è invaso il retto si hanno *dolori* durante la defecazione e talora prolasso. All'E. O. si possono sentire delle masse e provocare dolori sul decorso del colon. L'*esplorazione rettale* ha gran valore quando è invaso il retto; negli altri casi è negativa. La diagnosi di certezza ci vien data dalla *rettosigmoidoscopia* e dall'*esame radiografico*. Questo dà un'immagine marezzata del colon coi bordi tappezzati da dentellature concave.

Il decorso è grave e dopo la comparsa della diarrea sanguinolenta la morte sopraggiunge in breve tempo per cachessia e anemia. Su 32 casi raccolti dagli AA. vi sono 7 fra guarigioni e miglioramenti tutti in seguito a intervento. Le *complicazioni* più frequenti sono le invaginazioni e le stenosi. È possibile la comparsa successiva del cancro ma non è stata dimostrata la trasformazione maligna dei polipi.

La diagnosi si basa sui sintomi capitali, sull'età giovane e sulla comparsa dei primi disturbi nell'infanzia. Radioscopia e rettoscopia ci danno la diagnosi di certezza.

La patogenesi è ancora assai oscura. I rapporti fra alcune affezioni infiammatorie e parassitarie con la poliposi — sostenuti da alcuni AA. — non sono ben netti. Non si può ammettere che le migliaia di polipi che ricoprono la mucosa dell'intestino abbiano rapporti con le frangie di aspetto poliposo che si osservano ai bordi di alcune ulcerazioni intestinali. E d'altra parte in numerosi casi di poliposi vera non sono state riscontrate ulcerazioni di sorta.

Terapia. La cura medica è presso a poco impotente. Essa si avvale di lavaggi al tannino e al cloruro di magnesio col quale in un caso fu realizzato un notevole miglioramento. La radium e la rontgenterapia sono state applicate in rari casi e con risultati poco incoraggianti. L'intervento chirurgico consiste nell'*esclusione del colon* e nella *resezione*. L'esclusione completa è difficile da realizzare e non ha dato buoni risultati. Il metodo di scelta è la resezione (colectomia totale) eseguita in uno o due tempi.

Su 7 casi, 4 operati in un tempo (3 guariti e 1 morto); 3 operati in 2 tempi (1 guarito e 2 morti).

Gli AA. sono partigiani della resezione in 2 tempi praticando dopo il 1° tempo lavaggi al cloruro di magnesio.

G. PACETTO.

Ricostruzione dell'apparato sfinterico nel prolasso del retto.

(Cunéo e Sénèque. *Journ. d. chir.*, t. 38, n. 2. 1931).

Nel trattamento di questa affezione i processi di exeresi sono in gran parte abbandonati e dei processi conservativi la colopessia è indicata nei prolassi totali accentuati mentre il cerchiaggio dell'ano secondo Tiersch è indicato nei casi lievi. Vi sono dei casi intermedi, spesso consecutivi a un trauma locale, in cui si ha un prolasso totale ma poco esteso, per i quali la colopessia sarebbe un'operazione sproporzionata e il cerchiaggio un metodo insufficiente. In questi casi è indicato il metodo proposto da C. e S. che mira a rinforzare i diversi elementi dell'apparato sfinterico: lo sfintere liscio, lo sfintere striato e l'elevatore dell'ano.

Anteriormente: incisione sul terzo anteriore dell'orificio anale sulla linea di unione della pelle con la mucosa. Preparazione dello sfintere striato che viene isolato ai suoi bordi e respinto in alto. Si mette così allo scoperto lo sfintere liscio i cui fasci vengono avvicinati e rinserrati con punti staccati in senso longitudinale. Quindi lo sfintere striato viene afferrato con una pinza per la sua parte mediana e attirato verso l'alto. I bordi delle sue fibre vengono riuniti sulla linea mediana, in senso longitudinale, con 2-3 punti. L'incisione primitivamente arciforme della pelle viene suturata in senso sagittale e la parte esuberante della mucosa viene resecata.

Posteriormente: incisione mediana sagittale che comincia a 2 cm. dal contorno anale e termina sul coccige. Si scoprono così la parte posteriore dello sfintere striato e il rafe dello elevatore dell'ano. Quest'ultimo viene sezionato e le due metà dell'elevatore vengono sovrapposte di circa 4 cm. con punti a U. Tale sovrapposizione viene ulteriormente assicurata fissando il bordo libero della metà superiore con le fibre della metà inferiore. Si isola in seguito lo sfintere striato che viene stirato in alto fino a scoprire lo sfintere liscio, sul quale si opera come per la parte anteriore. Lo stesso si pratica per lo sfintere striato di cui il filo più alto viene conservato lungo per essere passato nello spessore delle parti fibrose pericoccigee e qui fissato. G. Pacetto.

I parassiti intestinali nella patologia del tubo digestivo.

(M. Labbé, F. Nepveux e Nichita. *Arch. des Mal. de l'app. dig. et des mal. de la nutr.*, aprile 1931).

Le numerose osservazioni fatte in questi ultimi anni sulla importanza dei parassiti intestinali nella patologia del tubo digestivo hanno fatto sì che si costituisse, poco a poco, accanto alla patologia batterica delle vie digestive una patologia parassitaria che assume sempre più una importanza maggiore della prima. Tuttavia delle obiezioni erano ancora fatte alla teoria parassitaria delle affezioni intestinali. I parassitologi, in particolare, facevano notare che nell'intestino si trovano abitualmente numerosi e diversi parassiti, che si riscontrano in quasi tutti i soggetti sani, e che per conseguenza non è logico attribuire loro le affezioni dell'intestino.

Senza dubbio sarebbe eccessivo attribuire esclusivamente ai parassiti riscontrati nelle feci l'origine delle affezioni del tubo digestivo. Ma non è esatto negare ai parassiti intestinali ogni valore patogeno per il fatto che possono essere riscontrati nell'intestino dei soggetti sani, in quanto esiste la possibilità di infestazioni latenti. Come vi sono dei portatori sani di germi batterici, vi sono dei portatori sani di parassiti.

E questo non impedisce che, in certe circostanze, questi parassiti possano divenire l'origine di una malattia acuta o cronica.

Secondo gli AA., dal punto di vista patogenico, ha grande importanza l'abbondanza dei parassiti contenuti nell'intestino. A motivo di ciò, gli AA. non si contentano di ricercare i parassiti contenuti nelle feci, ma li numerano in una quantità determinata di feci (5 grammi) omogeneizzate e schiacciate fra due vetrini. Così procedendo hanno visto che le enteriti corrispondono, in generale, a delle infestazioni parassitarie abbondanti, mentre nei soggetti sani gli stessi parassiti non si riscontrano che in piccolo numero. Hanno anche visto le *poussées* di enterite acuta corrispondere ad una moltiplicazione di parassiti nell'intestino, i periodi di miglioramento ad una riduzione del numero dei parassiti. Infine, in seguito all'impiego degli antielmintici, hanno constatato che ad una diminuizione dei parassiti corrisponde un miglioramento sintomatico e alla loro scomparsa la guarigione.

I parassiti però, per interessanti che siano, non sono la sola causa delle affezioni intestinali; bisogna sempre pensare alle infezioni batteriche ed alle intossicazioni o irritazioni di origine alimentare. Inoltre l'infestazione parassitaria può essere in certi casi un fatto secondario, che non deve distogliere l'attenzione del medico dalla vera malattia di cui la causa non ha niente in comune con i parassiti.

Con queste riserve, gli AA. credono al valore patogeno dei parassiti intestinali ed alla possibilità di descrivere delle enteriti da amebe, da infusori, da elminti. Da ciò la necessità di ricercare i parassiti intestinali in presenza di ogni affezione intestinale.

Le infestazioni sono frequenti, abbondanti, precoci. Esse iniziano il più spesso durante l'infanzia, persistono e si completano nell'età adulta, per seguire l'uomo fino alla vecchiaia. Il trattamento antielmintico fatto nei bambini pulisce per un momento il loro tubo digestivo, ma non fa scomparire i parassiti; qualche verme, qualche forma resistente di ameba o di infusori persiste, innicchiata nelle ghiandole dell'intestino, per entrare di tempo in tempo in reviviscenza, ripassare allo stato di forma vegetativa e provocare una nuova *poussée* di infiammazione intestinale. Questa concezione dell'evoluzione del parassitismo intestinale fa comprendere i risultati, in apparenza paradossali, delle osservazioni di Poublan che ha visto il parassitismo latente raggiungere il suo massimo non nei bambini ma negli adulti di 20-30 anni; si comprende in effetti che, all'infestazione già molto forte dell'infanzia, insufficientemente combattuta con la terapia, si aggiunge l'infestazione dell'età adulta. Il medico non deve dunque contentarsi di guarire una manifestazione più o meno acuta della malattia, ma deve perseguitare il parassita, fino ad avere la sicurezza d'averlo completamente distrutto.

C. TOSCANO.

L'insulina negli stati di denutrizione di origine digestiva nel lattante.

(TORELLO CEUDRA. *Bull. de la Sociedad Catalana de Pediatria*, I° trimestre 1931).

I primi lavori sull'uso dell'insulina negli stati di denutrizione del bambino e nell'atrepsia si devono a Pitfield e a Marriot. A questi seguirono nel 1925-1926 le ricerche sull'argomento di Nobecourt e Levy, Lesné e Dreyfus-Sée, Tisdall, Brown, Drake e Cody, ecc. Secondo gli AA. i risultati del trattamento con insulina sarebbero in generale un poco discordi poichè il trattamento fu fatto su stati di denutrizione più o meno avanzati, in bambini di diverse età, di costituzione diversa, affetti da forme etiologicamente e patogeneticamente diverse. Anche nel trattamento vi sono diversità: per alcuni autori (francesi e tedeschi) si otterrebbero risultati buoni con la sola insulina, per altri (americani) l'insulina senza soluzione glucosata non darebbe buoni risultati.

L'insulina negli stati di denutrizione agirebbe secondo Weichmann alterando la permeabilità cellulare, facilitando così la ritenzione di acqua (oliguria postinsulinica e modificazione del sangue). Questa ritenzione sarebbe specialmente naturale nei bambini idrolabili e ristabilirebbe il metabolismo normale dell'acqua. Lasch ritiene non si possa parlare di formazione di grasso, come vorrebbero alcuni autori.

Secondo le più recenti ricerche l'insulina facilitando l'assimilazione degli idrati di carbonio, contribuirebbe o determinerebbe indirettamente la ritenzione dell'acqua. Essa è dunque indicata per gli stati di denutrizione, distrofie e atrepsie nella cui etiologia esiste una intolleranza per gli idrati di carbonio. Deve essere somministrata in relazione con i pasti, tenendo conto che l'iperglicemia alimentare dura circa un'ora e mezza. La dieta sarà a base di idrati di carbonio, rappresentata, a seconda dell'età, da maltosio, destrina o farine. Quanto alla dose, si potrà somministrare una unità d'insulina al giorno e per kilogrammo di peso, divisa in tre volte: secondo i casi questa dose potrà essere duplicata e triplicata. La soluzione glucosata si può utilizzare nel caso di bambini con vomito frequente, per assicurare un aumento della glicemia. Nei casi di atrepsia con intossicazione potrà usarsi la via endovenosa per la soluzione glucosata; in tali casi l'insulina si usa più contro l'acidosi tossica che contro lo stato di denutrizione.

C. NERVI.

Cura delle diarree croniche.

(P. MORAWITZ. *Münch. Mediz. Woch.*, 9 ottobre 1931).

La cura dietetica è in questi casi la base di ogni terapia. La parola d'ordine è: evitare tutti i cibi che possano riempire eccessivamente il crasso. Si tratta infatti quasi sempre di coliti croniche che possono essere anche il seguito di una dissenteria, quando, ben inteso, si sia esclusa una possibilità di tumore dell'ultimo tratto dell'intestino mediante un accurato esame locale.

La dieta nelle coliti croniche consisterà principalmente in carboidrati facilmente assimilabili: pastine, riso, biscotti. Lo zucchero è ben sopportato: sia evitato il pane nero, le verdure e i legumi. Latte e carne ben cotta in piccola quantità. Si sia cauti nel concedere le frutta: si conceda dapprima solo succo d'arancia per non togliere completamente dalla dieta la vitamina C.

Nei casi in cui la malattia dura a lungo bisogna variare opportunamente la dieta e ciò sarà utile al malato non solo soggettivamente ma anche obiettivamente.

Accanto al trattamento dietetico hanno mostrato buona azione nelle coliti croniche i lavaggi del colon.

Lo scopo è meccanico: togliere cioè dal colon il materiale infettivo presente, ma si può aggiungere al clisma una sostanza disinfettante o astringente: l'A. usa una soluz. leggera (1 : 10.000-1 : 3.000) di nitrato d'argento oppure una soluzione al 1/2 % di tannino. Poco di buono si è ottenuto dalla somministrazione di medicinali calmanti: certo che nei casi in cui un grave tenesmo o dei dolori non

dànno riposo nè sonno, senza l'oppio non si va avanti; ma si tenga questa prescrizione per i casi dove essa è veramente necessaria. Nessun risultato si è ottenuto con il calcio, il *Colus alba*, lo *Yatren*.

In generale si può dire dunque che la terapia perorale medicamentosa sia pochissimo efficace.

Gli studi per trovare una cura antibatterica specifica sono ancora in fasce, e ciò è logico dato il poco che noi sappiamo dell'eziologia di queste forme morbose.

Come si vede dunque il trattamento si basa sulla dietetica e sui lavaggi del colon: ma vi sono casi in cui per quanto la cura sia seguita con tutta pazienza, il miglioramento è lento e interrotto spesso da ricadute.

E intanto l'anemia e la cachessia non si modificano e subentra il pericolo di una amiloidosi secondaria.

È allora il caso di pensare ad un intervento chirurgico: la resezione parziale o totale del colon ammalato, l'ano preternaturale o la fistola cecale alla Witzel. La scelta dell'intervento deve essere lasciata al chirurgo. Tali operazioni permettono il lavaggio del colon dall'alto e dal basso: e ciò è la causa principale del buon successo di queste operazioni. L'intervento chirurgico è insomma da considerarsi come *ultima ratio*, ma una *ultima ratio* assai efficace.

Una netta differenza fra le malattie infiammatorie diffuse dell'intestino tenue e del crasso non esiste. La colite può essere strettamente combinata ad una enterite: si parla allora di enterocolite. Ma al principio di questa i sintomi si limitano generalmente ad uno dei tratti dell'intestino malato.

L'*enterite cronica* richiede misure terapeutiche del tutto diverse da quelle della colite.

Anche qui ha importanza capitale la dietetica: è necessario istituire una dieta composta da alimenti facilmente assorbibili ed il meno possibile irritanti per l'intestino: a questo scopo è importante fare la prova col pasto di Schmidt, seguita dall'esame delle feci: se si noterà una cattiva digestione delle albumine si è di fronte ad un caso di dispepsia da putrefazione (*Faulnisdyspepsie*); ma è possibile invece che si trovi menomata l'assimilazione dei carboidrati od ambedue i disturbi associati.

In ogni caso senza un esame preventivo delle feci, da ripetere spesso durante la cura, non si dovrebbe dare inizio al trattamento di una di queste malattie.

Le basi per il trattamento dietetico sono: il maggior riguardo possibile verso la funzione intestinale così alterata e il peggioramento delle condizioni ambientali per la flora patogena intestinale.

È così che nei casi di dispepsia da putrefazione in cui nelle feci si riscontrano fibre muscolari indigerite, il medico proibirà la carne e le uova ed istituirà una dieta grasso-carboidrata.

Si concederanno quindi il burro (100 gr.), l'olio d'oliva, i carboidrati in forma facilmente digeribile (pastine, farine). Si eviteranno i legumi ricchi di cellulosa, il pane nero, e la maggior parte delle frutta. Sfavorevolmente agiscono anche le bevande fredde e i cibi molto salati e con pepe.

Per bere si può concedere il tè e del vino rosso. Riguardo al latte i pazienti si comportano variamente: è opportuno mescolare il latte con acqua di calce (un cucchiaino per bicchiere).

Una dieta così stretta non è certamente possibile per lungo tempo ma il ritorno alla dieta normale deve essere lento e cauto, cominciando con i succhi di frutta, le gelatine e con i purè di legumi. Ma un intestino indebolito da una lunga dispepsia non permetterà mai il ritorno ad una dieta completamente libera.

In queste forme di dispepsia i preparati nutritivi artificiali dell'industria sono molto utili. L'esame della funzione gastrica è anche importante: la mancanza di acido libero è un reperto non raro, per quanto non costante. In questi casi l'A. come anche V. Noorden e V. Bergmann, prescrive acido cloridrico ad alte dosi: da 60 a 80 gocce di acido cloridrico diluito al 12,5 % in 200 cc. di acqua, da bere piccole sorsate durante i pasti. Le piccole dosi non hanno alcun effetto.

Maggiori difficoltà si incontrano nella cura dietetica delle dispepsie da mancanza di assorbimento dei carboidrati: (*Gärungsdyspepsie*), giacchè è impossibile seguire per lungo tempo una dieta priva di carboidrati.

La dieta corrisponde a quella per i diabetici gravi con proibizione però anche dei legumi: specialmente pericolosi sono i cibi contenenti cellulosa. Dopo 8 giorni una simile dieta non è più possibile e si potrà cominciare a somministrare dello zucchero e della farina lattea, più tardi farina di riso, semolino, ecc., sotto forma di zuppe, e lentamente si potrebbe riprendere così un'alimentazione quasi normale: ma i legumi duri e il pane nero devono essere proibiti per lungo tempo.

Come si vede la dietetica è il punto principale nella cura delle diarree dispeptiche: riguardo ai medicamenti l'oppio è necessario solo nei casi più gravi per dare un po' di calma al paziente specialmente durante le ore notturne; lo stesso si può dire dei preparati di belladonna.

Riguardo alle cure di acque minerali esse sono secondo Schmidt controindicate: utili forse nella convalescenza. È molto probabile che i buoni risultati ottenuti nei luoghi di cura siano dovuti alla dietetica che ivi è imposta.

G. LA CAVA.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

C. VON NOORDEN e H. SALOMON. *Handbuch der Ernährungslehre*. II vol. *Spezielle Diätetik der Krankheiten des Verdauungsapparates*. I parte. *Magen*. Un vol. in-8° di 459 pag. Editore Springer.

Nel trattamento delle malattie anatomiche e funzionali dello stomaco, la dietetica ha una parte preponderante. Errerebbe però chi credesse che questo eccellente trattato di v. Noorden e di Salomon riguardasse soltanto la dietetica; essa non è che una parte della terapia totale e viene pertanto inquadrata in questa.

Precedono alcune nozioni generali sull'eziologia e la sintomatologia: la digestione orale e quella gastrica, con lo studio della permanenza dei diversi cibi nello stomaco, i fattori farmacologici ed endocrini che agiscono sull'attività gastrica, il senso di appetito e di sazietà, il vomito, i rapporti fra digestione gastrica ed intestinale, ecc.

Nella parte speciale, gli AA. trattano l'eziologia, la sintomatologia, la diagnosi e la terapia delle gastriti acuta e cronica, dell'ipoacidità, dell'achilia cronica, dell'anacloridria, degli stati iperacidi ed ipersecretivi, dell'ulcera gastroduodenale, dell'ipotonia gastrica, della gastroenteroptosi, della stasi gastrica, del carcinoma dello stomaco.

Di grande interesse è il vasto capitolo (un centinaio di pagine) sulle dispepsie nervose: forma isterica, neurastenica; forme psicopatiche e neurosi (anoressia, bulimia, aerofagia, singhiozzo, cardiospasmo, ecc.).

La patologia gastrica, lungi dall'essere un ristretto dominio dello specialista fornisce un forte contingente di clienti al medico pratico che troverà, nel libro degli AA., una miniera di interessanti nozioni di grande utilità. *fil.*

G. E. KONJETZNY. *Die entzündliche Grundlage der typische Geschwürsbildung im Magen und Duodenum*. Un vol. in-8° di 154 pag. con 72 fig. in parte a colori. Springer, ed. Berlin. Prezzo RM. 15.

L'A. passa in rivista tutte le teorie che sono state emesse sul vecchio, ma sempre nuovo problema della patogenesi dell'ulcera duodenale: quella chimica, quella dell'infarto e quella traumatica, trovandole tutte insufficienti per spiegare i fatti nella loro reale consistenza.

È invece la genesi infiammatoria che l'A., in base a numerose ricerche istopatologiche di cui espone i risultati, ha la maggiore parvenza di verisimiglianza. L'accertamento di tale genesi ha grandissima importanza, non soltanto teorica ma anche pratica. Il fatto che l'ulcera si sviluppa sulle modificazioni infiammatorie della mucosa gastrica addita che la terapia non va diretta contro l'acidità con la semplice somministrazione di alcalini, ma contro la gastrite che l'ha determinata. Ciò vale, beninteso, per lo stadio acuto, chè per quello cronico non sono più sufficienti i rimedî interni. Ed anche per la decisione dell'intervento, per la scelta dei metodi operatorî, le vedute dell'A. offrono saldi punti d'appoggio. Oltre che d'interesse teorico, questo lavoro è anche di notevole utilità pratica. *fil.*

A. BÉCART. *La gastrophotographie*. Vol in-8° di pagg. 100. Paris, N. Maloine, 1931. Frs. 30.

Accanto alla visione diretta della vescica, dei bronchi, del retto da qualche anno si è aggiunta la visione diretta dello stomaco: gastroscopia o gastrofotografia.

L'A. pratica l'esame per mezzo di un suo speciale apparecchio: il gastrophotor, semplice e pratico e in fondo poco costoso: con tale apparecchio è possibile prendere una serie di fotografie della mucosa gastrica.

Il sistema è ancora ai suoi inizi ma già largamente promettente di risultati come lo dimostra la letteratura sull'argomento specie nei riguardi dell'ulcera e delle gastriti.

Mancava nella collezione medica un libro semplice e pratico che mettesse al corrente il medico su questo promettente mezzo di indagine che naturalmente va coordinato con gli altri mezzi di diagnosi: il libro del Bécart corrisponde allo scopo specie per chi non conosce la lingua tedesca. M. E.

BERG. *Röntgen untersuchungen am Innenrelief des Verdauungs Kanals*. II^a Ediz. Vol di pag. 250 con 247 illustrazioni. Edit. G. Thieme, Lipsia 1931.

A distanza di 2 anni compare la nuova edizione del libro del Berg sullo studio radiologico della mucosa del tubo gastroenterico.

La nuova edizione porta una maggior copia di dettagli di tecnica e un nuovo e ricco contributo clinico alla illustrazione del valore del metodo.

La maggior parte dei reperti sono stati controllati operativamente o anatomo-patologicamente e il confronto tra immagine radiografica e fotografica della lesione dà la più netta dimostrazione del perfezionamento diagnostico che con questo metodo si ottiene nello studio delle lesioni dell'apparato digerente.

L'edizione è in carta patinata e la riproduzione delle figure ineccepibile. P. VALDONI.

A. BÉCART. *La constipation. Son traitement*. Un opuscolo in-8° di 24 pag. con fig. nel testo e 4 tav. G. Doin, Paris. Prezzo fr. 6.

Sulla *vexata quaestio*, l'A. scrive una piccola monografia in cui studia clinicamente le diverse varietà di costipazione per finire col trattamento sempre difficile e spesso ingrato di questo comunissimo disturbo. Chiarezza e concisione sono i pregi di questa pubblicazione. *fil.*

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

Il vomito nell'età infantile.

Si tratta di una delle evenienze più frequenti che il medico è chiamato a diagnosticare, e che presenta soventi delle notevoli difficoltà per le molteplici cause che possono produrla. Ne riassume perciò i caratteri differenziali A. Kollmann (*Die Med. Welt*, n. 43, 24 ottobre 1931).

Nell'età del lattante il vomito può avere importanza poco notevole allorquando lo stato generale non è compromesso, e l'accrescimento ponderale non si arresta. In casi meno frequenti, invece, vengono riemesse anche minime quantità di nutrimento e lo stato generale decade rapidamente, ed allora bisognerà ricercare se non si tratti di un'atresia congenita dell'esofago.

Vomiti più o meno imponenti possono poi apparire come conseguenza di emorragie endocraniche, specie nei prematuri, e nella melena dei neonati, essendo allora composti di liquido ematico.

Le cause alimentari sono però in tale età le più frequenti, vale a dire tanto l'iperalimentazione, quanto la mancanza di regolare intervallo tra le poppate, quanto anche l'alimentazione troppo scarsa, o troppo ricca di grassi, quanto infine i gravi errori dietetici che portano alle dispepsie ed alle intossicazioni. Più rari i casi di megacolon congenito e di ulcera duodenale, che può apparire nei lattanti più grandicelli in seguito a disturbi nutritivi.

Tra le cause puramente meccaniche sono da annoverare: la cattiva posizione del lattante durante la poppata, la poppata troppo rapida negli allattati artificialmente, l'ingestione d'aria, il mancato riposo in posizione supina dopo l'introduzione del cibo, le pressioni inconsulte sulla regione gastrica.

D'importanza più grande è il vomito che sopravviene nell'invaginazione e quello su base nervosa, per ruminazione e per pilorospasmo, i quali, se non curati in tempo, compromettono la salute del bambino.

Nella seconda infanzia e nell'età scolara il vomito è per lo più provocato da errori dietetici, specie indigestioni, ma anche da presenza di parassiti intestinali, i quali agiscono con le loro tossine, nonchè da malattie acute o croniche dell'addome, quali le occlusioni intestinali, le peritoniti, le appendiciti.

Tutte le malattie acute possono poi, in tale età, essere precedute o accompagnate da vomiti, quali la polmonite, la scarlattina, la cistopielite, la difterite, l'ittero infettivo, la pertosse, senza dimenticare quelli tipici dell'uremia e quelli che sopravvengono nelle ustioni estese.

Un tipo speciale è rappresentato dai vomiti periodici acetonemici, la cui multiforme sintomatologia deve essere ben conosciuta, per non commettere errori diagnostici e terapeutici.

Esiste infine un gruppo numeroso di affezioni del sistema nervoso, capaci di provocare nei bambini grandicelli il vomito, e comprende tanto alcuni stati puramente funzionali tra i quali l'isterismo, il pavor nocturnus e l'emicrania, quanto forme organiche, quali le encefaliti, le meningiti, l'idrocefalo, la commozione cerebrale.

M. FABERI.

CASISTICA.

Contributo alla casistica della tubercolosi dello stomaco, a forma pseudo-neoplastica.

La tubercolosi, osserva Patronicola (*Wien. Kl. Woch.*, 33, 1931), può dare tre forme diverse di localizzazione gastrica:

1) la forma miliarica, che si confonde nel grande quadro generale;

2) la forma ulcerosa, penetrante, che colpisce prevalentemente la regione pilorica, e può dare le stenosi;

3) la forma proliferativa, in cui il tessuto di granulazione può simulare un neoplasma.

L'A. cita il caso di un vecchio di 61 a. con diffusa resistenza epigastrica-ipocloridria e un quadro radiologico di « lacuna » gastrica; l'anamnesi parlava di modesti disturbi funzionali: l'autopsia dimostrò trattarsi di una infiltrazione massiva e proliferante dello stomaco.

L'A. discute la patogenesi di questo suo caso e propende per una propagazione del b. di Koch lungo le vie ematiche o linfatiche e la proliferazione lenta di un tubercolo solitario.

Secondo Neumann la tubercolosi gastrica serve poi d'attrazione per gli altri bacilli e impedisce o ritarda la diffusione del processo ai polmoni.

V. SERRA.

Tumori carcinoidi dell'intestino tenue.

Hamilton Cooke (*Arch. of Surg.*, apr. 1931), ricorda come nell'intestino tenue i tumori d'origine epiteliale siano relativamente più rari di quelli di origine connettivale (sarcoma). Tra quelli di origine epiteliale egli distingue gli epiteliomi originati dalle cellule ghiandolari adenocarcinomi) e i carcinoidi. L'elemento epiteliale da cui derivano è in ancora controverso. Sembra che alcuni provengano dalle cellule di Paneth a citoplasma granulare, altri dalle cellule cromaffini e argentaffini, altri da elementi affini a quegli degli isolotti da Langerhans. Il tipo di questi tumori è quello dell'appendice descritto molto estesamente da Masson il quale studiò questi elementi allo stato normale negli strati profondi dell'appen-

dice, elementi simili a quelli delle ghiandole endocrine. Sono generalmente tumori maligni, ma ve ne sono anche a decorso e a tipo istologico benigno, di dimensione medie o piccole. La sintomatologia è comune a quella di tutti i tumori intestinali. I casi descritti non sono numerosi, un centinaio in tutto compresi undici casi raccolti nell'abbondante statistica della Clinica Mayo. Infine è da ricordare l'opinione di Krompecher il quale sulla base di certe somiglianze con i basaliomi, vorrebbe considerare tali tumori come composti di cellule basali.

V. GHIRON.

Sifiloma del ceco.

La sifilide dell'intestino e, più ancora, la sifilide del ceco, è un'affezione rara e raramente riconosciuta. Ismael M. Hernandez e Donato Vivoli (*Revue Sud-Américaine de Méd. et de Chir.*, marzo 1931), ne riportano un caso, riferentesi ad un uomo di 73 anni, senza antecedenti personali notevoli, affetto da costipazione abituale, il quale da circa un anno lamentava indebolimento, vertigini, dimagramento, pallore, nervosità e anoressia. Dieci giorni prima dell'ingresso all'Ospedale l'infermo cadde per perdita di coscienza che durò circa due ore e durante la quale emise spontaneamente delle feci contenenti del sangue rosso-nero. Passato l'accidente, il malato riprese il suo lavoro, malgrado lamentasse vertigini, dispnea e dolori precordiali. Una lipotinia lo decise a farsi ospedalizzare. Furono riscontrate condizioni generali gravi, febbre remittente, tachicardia, infiltrazione ganglionare inguinale, ipotensione arteriosa, dispnea. Esistevano i segni clinici di un'aortite ed in corrispondenza del cieco si rilevava un tumore mobile, leggermente dolente.

L'infermo rapidamente peggiorò e venne a morte.

L'autopsia mise in evidenza un'aortite specifica ed un tumore del ceco con caratteri di malignità; l'esame isto-patologico permetteva di riferire le due affezioni ad una stessa causa: la sifilide terziaria.

Gli AA. classificano la loro osservazione come forma terziaria pseudo-cancerosa di Trémolières e Caussade e mettono in evidenza l'importanza delle lesioni specifiche associate, per arrivare clinicamente alla diagnosi etiologica esatta.

C. TOSCANO.

Ulcera recidivante dopo resezione gastrica per ulcera.

Clairmont (*Arch. Klin. Chir.*, vol. 162, pag. 167) osserva come il mezzo migliore per prevenire la recidiva dopo resezione gastrica sta nell'eseguire resezioni ampie che comprendono l'ulcera, il piloro, tutto l'antro e una parte del corpo. Solo così si ottiene una riduzione notevole dell'acidità del succo gastrico. Una delle cause più importanti della recidiva è rappresentata dalla persistenza di valori acidi alti del succo gastrico; per tale ragione studia negli operandi la secrezione gastrica a mezzo di una sonda triplice che corrisponde all'antro, al corpo e al fondo dello stomaco. Nei casi in cui i valori acidi della secrezione del corpo dello stomaco sono alti allarga i limiti della resezione.

Dal punto di vista delle recidive e della percentuale delle guarigioni definitive è da rigettarsi la gastroenterostomia anche nei casi di stenosi cicatriziale anzi specialmente in questi casi in quanto la stenosi predispone alla recidiva.

P. VALDONI.

TERAPIA.

Il regime a zig-zag.

C. von Noorden (*Therapie der Gegenwart*, genn. 1931) designa con tal nome un regime regolato in modo adatto per la relativa malattia, ma intramezzato ad intervalli regolari da « giorni di riposo » in cui l'alimentazione è del tutto diversa da quella consueta.

L'applicazione più antica di questo metodo è stata fatta dallo stesso A. nel 1898, raccomandando i « giorni di legumi », una o due volte la settimana ai diabetici.

Negli obesi, egli istituisce dei giorni di regime di Karrell al latte o dei giorni di frutta, che si ripetono una o due volte la settimana, lasciando per gli altri giorni il regime a scelta del malato.

Nei gottosi, la cura va rinnovata 2-3 volte la settimana; nelle stesse condizioni viene consigliata la cura ipoazotata e declorurata ai nefritici.

Nell'insufficienza cardiaca, negli ipertesi, in tutte le forme di edema, l'A. raccomanda dei giorni senza sale, in cui il regime declorurato è strettissimo; ma nell'intervallo, egli permette 5-8 grammi di sale al giorno, il che mantiene l'appetito del malato e facilita la preparazione delle loro vivande.

Nelle affezioni gastriche, intestinali od epatiche, si hanno prescrizioni dello stesso genere. Così, per gli ipercloridrici, il regime vegetariano abituale si avvantaggia con l'introduzione di « giorni di carne » o « giorni di pesce ». Nella convalescenza delle ulceri gastriche, è raccomandabile di istituire per 2-3 anni delle cure semestrali di 10-20 giorni, durante le quali si riprendono il riposo in letto e l'alimentazione liquida o semiliquida.

Nelle dispepsie nervose, nei fobici, la prescrizione di un giorno di regime normale ogni settimana permette di arrivare facilmente verso un'alimentazione man mano più ricca e più varia e di fare abbandonare poco a poco le restrizioni ai fobici.

Anche negli individui in buona salute è spesso bene, in conformità delle prescrizioni di diverse religioni, di rinunciare ogni tanto

all'alimentazione abituale per seguire un regime del tutto differente: alimentazione vegetariana per le persone abituate ad un regime molto carneo e viceversa. *fil.*

Il trattamento delle diarree da insufficienza ghiandolare digestiva.

G. Faroy (*Journ. de méd. de Paris*, 1931, n. 23) consiglia quanto segue.

Nell'*insufficienza gastrica.* I procedimenti abituali di eccitazione della secrezione gastrica con gli alcalini, gli amari, il peptone sono insufficienti e poco efficaci, avendosi bisogno in questi casi di una terapia più attiva. Si potrà prescrivere l'acido cloridrico.

Acido cloridrico officinale	g.	4
Acqua bollita		un litro

Se ne farà prendere un bicchierino dopo ogni pasto. Conveniente è anche la limonea cloridrica:

Acido cloridrico officinale	g.	6-8
Sciroppo di limone	g.	200
Acqua	g.	800

Da prenderne un bicchierino fino ad un gran bicchiere durante i pasti del mezzogiorno e della sera.

Utile è anche la prescrizione in soluzione albuminosa, che si prepara mettendo in un gran bicchiere di acqua albuminosa 3-6 cucchiaini di acido cloridrico officinale (g. 20) diluito in acqua (g. 200). Lo si fa prendere a piccoli sorsi, metà al pasto del mezzogiorno e metà a quello della sera.

Nel caso di insufficienza peptica, alle precedenti preparazioni cloridriche, si aggiungerà la pepsina (g. 0,50-1) durante i due pasti principali od, associata a cg. 50 di peptone, 1/2 ora prima dei pasti.

Utile sarà altresì l'opoterapia con i diversi preparati commerciali di succo gastrico o di estratti gastrici.

Insufficienza pancreatica. L'opoterapia pancreatica non agisce che in ambiente alcalino, per cui si dovrà evitare il contatto col succo gastrico e con la pepsina. Tali preparati vanno quindi presi in polvere od in compresse 30-60 minuti prima dei pasti o, meglio, in capsule di cheratina o di glutine, purchè il pancreas sia ancora in grado di funzionare. Si daranno a dosi di 25 cg. di pancreatina (2-5 capsule per pasto) eventualmente associata con maltina (cg. 10). Nel caso di insufficienza totale, si somministreranno i preparati pancreatici per via rettale od ipodermica. *fil.*

Il clistere alla barite nell'invaginazione intestinale del poppante.

Il clistere alla barite costituisce, oggi, il metodo migliore di trattamento dell'invaginazione intestinale del poppante. Esso va somministrato dallo stesso chirurgo sotto il controllo dei raggi X vicino alla stanza operatoria.

L'interpetrazione dell'immagine radiologica del cieco è di grande importanza, poichè il passaggio della barite nel tenue coincidente con la scomparsa del salsicciotto alla palpazione costituisce il solo segno sicuro di riduzione. Se tale prova fallisce, s'impone l'intervento chirurgico immediato.

Per tale clistere, Pouliquen (*Journ. des praticiens*, 6 giugno 1931) consiglia l'uso di una grossa cannula rettale, che passa attraverso un tappeto di gomma il quale, comprimendo il perineo, impedisce la fuoriuscita del liquido. Si userà la pressione di m. 1-1,20.

Nella metà circa dei casi, si ha il passaggio del liquido attraverso la valvola del Bauhin. *fil.*

Trattamento delle occlusioni intestinali post-operatorie.

V. Bojowikh (*Presse Médicale*, n. 98, 6 dic. 1930) riporta i risultati ottenuti colle iniezioni endovenose di soluzioni di NaCl al 20 % nelle occlusioni intestinali post-operatorie.

Negli ultimi tempi l'A. si è servito di questo metodo anche come misura preventiva, cioè in tutti gli operati di laparatomia, senza eccezione, inietta 10 ore dopo l'operazione una prima dose di 5 cmc. di soluzione di NaCl al 20 %, seguita da iniezioni successive di 3 ore in tre ore fino al risultato.

Ha potuto constatare, dopo questo trattamento, che l'emissione di gas, in questi ammalati, è notevolmente accelerata in confronto di quelli non trattati con questo metodo.

Queste iniezioni, nei casi più gravi, sostituiscono con successo tutti i mezzi adoperati fino ad ora nella lotta contro l'ileo post-laparatomico, sia spasmodico o di natura paralitica.

BUCCI.

RUBRICA DELL'UFFICIALE SANITARIO

L'anchilostomiasi.

Il decreto ministeriale 15 ottobre 1923, relativo alla denunzia di malattie infettive, ha reso obbligatoria la denunzia dei casi accertati o sospetti di *anchilostomiasi* riscontrati negli operai addetti a lavori in galleria, nelle miniere, nei cantieri delle opere pubbliche, nelle fornaci e negli opifici in genere. Lo studio epidemiologico di tale malattia ha dimostrato che essa si verifica abbastanza frequentemente anche fra gli ortolani ed i contadini, e si deve anzi ritenere che, nella popolazione agricola, sia assai più diffusa di quanto comunemente si crede. È perciò opportuno che gli ufficiali sanitari portino tutta la loro attenzione su questa forma morbosa e tengano presenti le nozioni cliniche ed epidemiologiche ad essa relative.

È noto che l'anchilostomiasi è stata chiamata anche *anemia dei minatori* od *anemia del Gottardo* perchè fra gli operai addetti al traforo del Gottardo dette luogo ad una gravissima epidemia con molte migliaia di vittime.

È merito sopratutto di studiosi italiani aver scoperto l'agente causale di questa forma morbosa ed aver trovato i metodi per il suo precoce accertamento diagnostico e per la cura, illustrandone ampiamente la patogenesi, la clinica e l'epidemiologia.

Rappresenta una diretta conseguenza di queste conquiste scientifiche, ed un vero trionfo della nostra organizzazione sanitaria, il fatto che, dopo l'impresa del Gottardo, furono compiute altre due opere non meno grandiose, quali il traforo della galleria del Sempione e quello recente della grande galleria dell'Appennino, per la direttissima Firenze-Bologna, senza che vi sia stata da lamentare nessuna vittima dell'anchilostomiasi. Per la galleria dell'Appennino il resultato è tanto più mirabile in quanto i lavori si sono svolti in zone infestate dalla malattia, con mano d'opera proveniente dalle più diverse regioni d'Italia, ed in terreno che, per la sua natura argillosa, ne favoriva grandemente la diffusione. Ebbene, nessun caso di anchilostomiasi si verificò fra le molte migliaia di operai, in tutto il periodo di durata della grande impresa, dal 1919 al 1931, benchè si siano riscontrati più volte portatori di uova di anchilostomiasi fra coloro che si presentavano per essere assunti al lavoro.

L'anchilostomiasi è dovuta ad un piccolo verme, *l'anchylostoma*, il quale vive e si accoppia nell'intestino tenue dell'uomo, ove la femmina fecondata depone un gran numero di uova che si rinvengono poi nelle feci col loro aspetto caratteristico. L'ulteriore sviluppo delle uova nell'intestino è impedito dalla temperatura del corpo umano e trova invece le condizioni più favorevoli nell'ambiente esterno e specialmente nell'oscurità od a luce moderata, in terreni umidi, di consistenza poltacea, ben aereati, alla temperatura fra + 15° e + 30° C. Dalle uova nasce un embrione vermiforme, dotato di movimenti rapidi e vivaci, il quale, dopo tre successive mute, si trasforma in larva e diventa capace di infestare l'uomo. Lo sviluppo dell'uovo e delle larve è impedito da un ambiente secco, esposto alla luce solare diretta, dalla mancanza di ossigeno e da una temperatura inferiore ai + 5° o superiore ai + 40° C. Le larve mature, se non trovano l'opportunità di infestare l'uomo, possono incapsularsi e resistere così all'azione sfavorevole dell'ambiente, fino al momento in cui si presentino le condizioni per l'infestione. Questa avviene *per la via boccale*, per mezzo di acque o di alimenti contaminati (frutta, verdure) o portando alla bocca le mani od oggetti (pipa, ecc.) imbrattati di terra o fango inquinati. Le larve, secondo recentissime ricerche, sono anche in grado di penetrare direttamente nel rizoma o nelle radicicole dei vegetali e risalire nel tallo, per modo che l'infestione può avvenire anche a mezzo di vegetali freschi consumati crudi per quanto ripuliti dalla terra. Le larve inoltre, tanto mature che incapsulate, possono penetrare attivamente *attraverso la pelle*, donde, per via sanguigna, giungono nell'intestino; in tal caso sulla cute può determinarsi una speciale dermatosi vescico-pustolosa frequente nei fornaciai, nei minatori e nei solfatari.

La malattia presenta alcuni *sintomi caratteristici* dovuti alle lesioni che il parassita produce fissandosi coll'apparato buccale alla parete intestinale, ed all'azione delle sostanze tossiche emolitiche che esso elabora e versa in circolo. Occorre saper riconoscere a tempo questi sintomi per stabilire, o almeno sospettare, precocemente la diagnosi e provvedere alla profilassi ed alla cura. Primo sintomo è l'anemia; la pelle assume spesso un colore giallo limone e compaiono edemi alla faccia ed alle estremità; sono frequenti la cefalea frontale ed occipitale, il ronzio alle orecchie, l'annebbiamento di vista, le vertigini, la debolezza muscolare, l'apatia; ogni sforzo determina dispnea, dolorabilità muscolare ed anche nevralgie; talvolta esiste diarrea. La debolezza progressiva va sempre aggravandosi fino all'esito letale; di qui la necessità di fare la diagnosi quanto più presto è possibile e di iniziare la cura, sottraendo contemporaneamente il paziente al pericolo di nuove infestazioni.

La *diagnosi* può sospettarsi in base alle occupazioni od alla provenienza dell'infermo, all'anemia progressiva ed all'eosinofilia, ma non è accertata che dal reperto microscopico delle uova di anchilostoma nelle feci. Gli esami di queste devono essere accurati e ripetuti e per essi gli ufficiali sanitari si varranno dell'opera dei laboratori provinciali d'igiene.

Per la *terapia* accenniamo soltanto che i mezzi più usati sono l'estratto etereo di felce maschio, il timolo, l'olio di chenopodio, il tetracloruro di carbonio e l'olio cloroformico. Il timolo, oltre che per la cura, si presta molto bene a scopo profilattico per somministrazioni periodiche e prolungate alle persone esposte al pericolo d'infezione; con piccole dosi giornaliere si ottiene di far agire durevolmente il farmaco sui parassiti a misura che essi giungono e si sviluppano nel lume intestinale.

La *profilassi* dell'anchilostomiasi deve impedire la disseminazione e lo sviluppo del parassita nell'ambiente esterno e la sua penetrazione nell'uomo. Trattandosi di malattia che, almeno nei primi stadi, non obbliga il malato a letto, non è praticamente applicabile l'isolamento, e tutti gli sforzi devono esser diretti ad evitare la contaminazione del suolo per mezzo delle feci. Ciò non è facile dove i contadini, fornaciai, minatori, ecc., hanno la deplorevole abitudine di defecare all'aperto e dove mancano le latrine. L'impianto di queste, colle modalità tecniche richieste dalle varie circostanze locali, e la propaganda contro l'abitudine di soddisfare i bisogni corporali all'aperto, sono i primi elementi della profilassi, insieme col divieto di spargere sul terreno le materie fecali umane a scopo di con-

cimazione. Per uccidere le larve nelle feci, nel letame, ecc. trovano utile applicazione il solfato ferroso, l'acido solforico, l'acido fenico e sopratutto, perchè meno costosi e di facile uso, il cloruro di sodio (anche sotto forma di sale pastorizio) e l'acqua di calce. Oltre che ai malati veri e propri le misure profilattiche devono estendersi ai *portatori;* questi possono essere individui i quali, a seguito di opportune cure, sono clinicamente guariti, ma che presentano ancora, più o meno saltuariamente, le uova nelle feci; oppure portatori sani, persone cioè che vivono in prossimità di malati e che, essendosi infestati di recente, o per particolari condizioni di resistenza organica, ospitano ed eliminano il parassita senza presentare manifestazioni cliniche della malattia. Per scoprire questi eventuali portatori, occorre perciò organizzare un servizio di visite periodiche, con esame delle feci, fra i familiari e i conviventi dei malati.

Altre importanti misure profilattiche riguardano l'acqua potabile e le bevande ed alimenti in genere, che devono esser preservati da qualsiasi possibile contaminazione, specialmente per parte di terra o fango infetti; è da ricordare che anche le mosche possono contribuire a diffondere il parassita. Fra queste misure è essenziale la pulizia accurata delle mani dopo aver soddisfatto ai bisogni corporali e prima dei pasti. Infine la possibilità di infestione attraverso la pelle rende necessario, sopratutto nelle collettività operaie, di impiantare adeguati servizi di bagni o doccie per il personale e di lavatura ed essiccazione degli abiti di lavoro sporchi di terra o di fango, sapendosi che l'agente patogeno non resiste all'essiccamento; il divieto di lavorare a piedi nudi rientra pure in questa categoria di provvidenze. Infine la scrupolosa nettezza dell'ambiente domestico e la igienica raccolta e smaltimento dei rifiuti concorreranno ad eliminare le cause di diffusione del parassita.

Senza insistere in ulteriori particolari sulle misure di profilassi dell'anchilostomiasi, che ogni ufficiale sanitario dovrà adottare alle circostanze locali, bastano questi cenni sommari a dimostrare la necessità di un'attenta vigilanza sulla manifestazione di una grave malattia, che non di rado insidia subdolamente la salute delle nostre popolazioni rurali.

A. Franchetti.

VARIA

Con quale precocità i medici diagnosticano il cancro dello stomaco in se stessi?

W. C. Alvarez (*The Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, 25 luglio 1931) osserva che ancora il cancro dello stomaco si diagnostica troppo tardivamente. Poichè non è possibile che ogni persona al disopra di 35 anni si sottoponga ad un esame radiologico del tubo digerente ogni 6 mesi, bisognerebbe che tutti gli adulti e i vecchi che hanno disturbi gastrici di qualsiasi genere si facciano esaminare al più presto dopo l'inizio di questi disturbi.

L'A. ha studiato nella Clinica Mayo 41 casi di cancro dello stomaco in medici. In 20 casi la storia era di breve durata (in media 12 mesi). In un caso non ci furono mai disturbi gastrici, ma solo deperimento e pallore (e si trattava di un uomo di 45 anni); passarono 2 anni e mezzo prima che fosse fatta la diagnosi esatta.

In un caso c'era rigurgito notturno di muco da 4 mesi e da un mese soltanto dolore, e il tumore era già inoperabile.

Un caso era ancora più scoraggiante: un medico ebbe disturbi gastrici che furono riconosciuti dovuti a un cancro che risultò inoperabile un mese e mezzo dopo aver cominciato a sentirsi debole (e questa sensazione era comparsa dopo un « raffreddore »).

In un altro caso da un mese c'era senso di bruciore al cardias e vomito da ostruzione e si trovò cancro esteso. In 18 casi il dolore epigastrico era comparso cinque mesi prima che si facesse la diagnosi.

Alcuni medici hanno trascurato la propria malattia non avendo dato importanza ai primi sintomi, in tre casi i disturbi duravano da un anno intero. In alcuni casi i disturbi sono comparsi dopo raffreddore, o dopo influenza. In due casi la sintomatologia iniziale era quella di un'ulcera.

In altri casi si videro disturbi di lunga durata (anche 2 anni e mezzo) in cui il cancro fu asportato con successo (in un caso il paziente stava bene sei anni dopo l'intervento).

L'A. riferisce alcuni casi in cui vi furono disturbi della digestione per 13-25 anni, per cui il malato, sebbene medico, non diede loro importanza eccessiva quando si aggravarono o si modificarono per il sopraggiungere del cancro.

Ci furono 4 casi in cui fu fatta dall'A. diagnosi di ulcera che invece risultò essere un cancro all'atto operativo.

R. Lusena.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Al dott. M. T. da S.:

Nelle *ragadi anali*, viene molto vantato per l'efficacia l'uso del m. amido-p. ossibenzoato di metile, con ortoaminofenolo; il primo ha essenzialmente proprietà analgesiche ed il secondo antisettiche detersive. Entrambi sono i componenti essenziali di una specialità (Lozione) italiana.

A. S.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Gli "ex aequo,,.

Quanto scrive il collega Salmoria riguardo gli « ex aequo » nei concorsi per medici condotti è giusto, giustissimo e non so chi nol veda. Solo che egli va troppo sottilizzando senza ragione nel campo filosofico, il che toglie in parte valore al suo scritto. È giusto, giustissimo, ma egli dimentica un punto che è di capitale importanza nella questione.

Finchè non è posto un limite al numero dei graduabili o, dirò meglio, se tal numero supera il numero di quattro, le commissioni giudicatrici del concorso devono di necessità ricorrere al sistema dei gruppi e quindi degli « ex aequo ».

La graduatoria, conforme è stabilito, deve andare dal 27 al 30; sono quindi quattro gradini solamente che possono occupare i graduati, e se questi sono più di quattro devono di necessità due o più trovarsi in un medesimo gradino.

A tal punto bisogna ricordare le ultime disposizioni relative alla nomina dei medici condotti, disposizioni che se non sono sancite dalla legge, valgono quanto la legge, in quanto si riferiscono a interpretazioni della medesima da parte di chi rappresenta il potere esecutivo cioè del governo.

È oramai notorio, per quanto è stato emanato con circolari e con discorsi dai rappresentanti del governo, che la nomina deve cadere sul primo graduato, a meno che motivi evidenti non vi siano in contrario, motivi che devono essere concreti, precisati e chiaramente espressi nella deliberazione di nomina.

Ora, se tali sono le disposizioni, perchè mettere in graduatoria più di quattro concorrenti? Escluso eventualmente il I nella scelta, caso che sarà tutt'altro che frequente, vi sono altri tre, numero più che sufficiente a sostituire eventualmente il primo ed anche il II se per questo valgono pure motivi di esclusione.

In tal modo non solo si opererebbe in conformità delle sopraccennate disposizioni governative, ma si farebbe opera di giustizia, perchè si eviterebbe lo scoglio degli « ex aequo », almeno in tesi generale, in quanto, come ben dice il dott. Salmoria, per chi ben esamina non sarebbe certo frequente una vera eguaglianza di merito.

Ma, quello che è ancora più importante praticamente, sarebbe in tal modo agevolato il compito delle commissioni, e quindi fatta una cernita più corrispondente a giustizia.

Dopo i quattro primi anche altri potranno essere meritevoli di occupare un dato posto di condotta medica e basterebbe far menzione dei loro nomi perchè nessuno dovesse poi dolersi dell'operato delle commissioni.

Se a qualcuno poi questo sistema non quadrasse, malgrado, a mio parere, esso si imponga perchè inspirato al maggior buon senso, non vi sarebbe altro sistema per evitare gli « ex aequo » che quello di ampliare la scala della graduatoria.

Non comprendesi difatti come per la idoneità a coprire un dato posto di condotta si deva cominciare da un 27 o non piuttosto da un 18, ponendo di dover dare un giudizio in trentesimi.

Mi si obbietta che la legge dispone di graduare con un minimo di 27. Ebbene, rispondo: la legge è sbagliata, si modifichi la legge, come se ne modificano tante altre ogni giorno, appena se ne presenta la necessità o la opportunità.

Se non si segue l'uno o l'altro dei due sistemi, è inevitabile di cozzare contro lo scoglio degli « ex aequo » con danno evidente della giustizia.

Qualche commissione ha creduto bene di riparare alle deficienze del sistema vigente, facendo delle subgraduatorie per ogni gruppo. Di ciò vanno lodate quelle commissioni, ma anzitutto non tutte le commissioni pensano di seguire tale metodo, pur essendo questo ispirato a criterio di maggior giustizia; in secondo luogo, tale metodo rappresenta sempre un accomodamento nel letto di Procuste di medici che dovrebbero essere collocati in posti separati. Quattro, pertanto, e non più siano i graduati. Dott. Carraro Leonida.

Vighizzolo d'Este (Padova).

Cronaca del movimento professionale.

Federazione stomatologica italiana.

Nell'aula della Clinica Odontoiatrica della R. Università di Roma, al Policlinico, si è tenuta l'assemblea degli iscritti alla Federazione stomatologica italiana, convocata dal Consiglio direttivo della Federazione, per discutere, fra l'altro, la costituzione di una associazione confederativa fra la Federazione stomatologica italiana e la Federazione odontoiatri d'Italia e i mezzi di collegamento con le associazioni internazionali.

Al banco della presidenza erano il prof. Amedeo Perna con i componenti il Consiglio direttivo proff. Lippo, Forster, Manicardi, Moramarco, Armenio e Meneghello. Erano presenti circa 400 medici stomatologi; altri 250 avevano mandato la loro adesione e la loro delega. Assistevano anche i rappresentanti dell'Associazione degli odontoiatri che portavano l'adesione di tutti gli iscritti alla loro associazione, che sono 500.

Dopo brevi parole del prof. De Vecchis che, quale presidente della sezione laziale, ha dato il benvenuto ai colleghi convenuti a Roma da ogni

parte d'Italia, il presidente prof. Perna ha invitato l'assemblea ad elevare il proprio pensiero deferente e devoto al Capo del Governo e Duce del Fascismo. L'oratore ha quindi esposto le ragioni per costituire l'associazione confederativa delle due grandi associazioni nel campo stoma-odontoiatrico, per realizzare un voto antico che ha sempre appassionato i cultori della stessa disciplina.

Si è quindi passati alla discussione dello statuto per la costituzione di detta associazione. Vi è stata un'ampia discussione su alcuni articoli di esso ed è stato per acclamazione, votato il secondo articolo che dice: « La Federazione degli ordini degli odontoiatri accetta senza riserve e restrizioni l'idea stomatologica ». Per i mezzi di collegamento l'assemblea ha dato ampio mandato alla Giunta esecutiva.

L'assemblea ha finito i suoi lavori votando per acclamazione e fra vivi applausi un telegramma di devozione al Duce.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Adria *(Rovigo)*. — Scad. 29 feb.; medico condotto VII Riparto (fraz. Bellomba); direttore del Dispensario anticeltico. Chiedere avviso alla Segreteria del Comune precisando il posto.

Ancona. *Manicomio Provinciale*. — Medico praticante interno; L. 5000 (lorde di R. M. e del 12 %), vitto, alloggio; servizio di guardia a giorni alterni; votazioni di esami; preferenza: pratica di ricerche serologiche, biologiche e istopatologiche. Scad. 29 feb.

Arezzo. *Ospedale Vitt. Em. III*. — Assistente nel Reparto Medico; L. 5200 lorde; documenti di rito; lim. di età a. 35; nomina e una riconferma biennali. Scad. 12 marzo.

Carrara. *Congregaz. di Carità*. — Scad. 29 feb.; medico primario, radiologo primario e aiuto di chirurgia; stip. rispett. L. 8500, 9500 e 7200; al radiologo 40 % incassi e divieto attività professionale fuori dell'Ospedale; età lim. a. 45 per i primari e 35 per l'aiuto; tassa rispett. L. 100,10 e L. 50,10.

Castorano *(Ascoli Pic.)*. — A tutto 25 mar.; età lim. 45 a.; tassa L. 50,15; doc. a 3 mesi dal 25 gen.; stip. L. 8700 e 5 quadrienni dec., oltre lire 500 indenn. laurea, L. 500 uff. san.; deduz. 12 %; per trasp. L. 2376; età lim. 45 a.

Chieti. *Ospedale Civile*. — Chirurgo primario e medico primario. Stipendio pei singoli posti L. 6000. Libera docenza o primariato di 5 anni. Richiedere avviso originale Segreteria Congregazione di Carità. Tassa concorso L. 50,10. Scadenza 5 marzo.

Cosenza. *Amministrazione Provinciale*. — Coadiutore della Sezione Medica e coadiutore della Sezione Chimica del Laboratorio Provinciale d'Igiene e Profilassi. Stipendio iniziale L. 13.700, oltre tre aumenti quadriennali sino a L. 16.000; indennità servizio attivo L. 3500, il tutto da ridursi del 12 % e delle ritenute di legge. Titoli ed esami. Scadenza 30 aprile 1932-X. Chiedere bando alla Segreteria.

Fara Filiorum Petri *(Chieti)*. — Scade il 29 febbraio. Medico condotto L. 9000, oltre L. 1500 cavalcatura e L. 500 incarico Ufficiale Sanitario, meno 12 % e ritenute di legge. Servizio entro 20 giorni. Tassa L. 50,10. Chiedere annunzio Segreteria comunale.

Fianona *(Pola)*. — Scad. 29 feb.; L. 9000 e 4 quadrienni dec., L. 900 indenn. malaria, L. 4000 vettura; riduz. 12 %; tassa L. 50,10.

Firenze. *Comune*. — Medico capo del Dispensario Celtico Comunale; L. 6500, ridotte del 12 %; scad. ore 17 del 15 mar.; doc. a 3 mesi dal 20 gen.; età lim. 40 a.

Firenze. *Spedale « S. Giovanni di Dio »*. — Assistente chirurgo; onorario annuo L. 5000, oltre indennità di guardia L. 1200, c.-v., compartecipaz.; non oltre 5 anni di laurea; doc. a tre mesi dal 16 gen. Rivolgersi al Presidente del Consiglio d'Ammin. Scad. ore 16 del 31 mar.

Foggia. *R. Prefettura di Capitanata*. — Uff. sanitari dei comuni di Foggia, Manfredonia, Margherita di Savoia, S. Giovanni Rotondo; stipendi L. 15.200 (oltre L. 1200 serv. att.) per il primo posto, L. 8000 per gli altri; 5 quadrienni dec.; divieto occupaz. interferenti e, per il comune di Foggia, anche dell'esercizio profess.; titoli ed esami; doc. a 3 mesi dal 20 gen.; tassa L. 50,20 alla Tesoreria del comune ove si aspira di essere nominato; scad. ore 16 del 31 mar. Chied. annunzio. Rivolgersi Ufficio Med. Prov.

Gatteo *(Forlì)*. — Scad. 29 feb.; L. 7000 e bienni ventes., oltre L. 2500 cav., c.-v., L. 500 se uff. san.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 29 gen.

Marsico Nuovo *(Potenza)*. — A tutto 10 mar.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 25 gen.; serv. entro 20 gg.; stip. L. 6000 ridotte 12 %.

Monterenzio *(Bologna)*. — Scad. 29 feb.; per Borgo di Bisano; L. 9800 oltre L. 3000 cav. e L. 500 ambulat.; riduz. 12 %.

Pertica Bassa *(Brescia)*. — Il concorso al posto di medico del consorzio Ono-Degno e Levrange di Pertica Bassa e Presegno di Lavenone, è prorogato a tutto il 31 marzo 1932. Stipendio L. diecimila; indennità trasporto L. tremila; compenso servizio di Ufficiale Sanitario L. cinquecento; il tutto decurtato del 12 % e delle ritenute di legge. Richiedere copia avviso di concorso al Municipio di Pertica Bassa (Brescia).

Perugia. *Amministrazione Provinciale*. — Posto di Direttore e posto di Assistente della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale di igiene e profilassi. Per titoli ed esami. Scadenza ore diciotto del 31 marzo. (Vedi precedente N. 6).

Pollenza *(Macerata)*. — Scad. 29 feb.; 2ª cond.; L. 8000 oltre c.-v., L. 500-1800-2500 trasp., L. 1000 ambulat.; riduz. 12 %; 5 quadrienni dec.; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

Roma. *Ministero della Guerra*. — Conc. per titoli ed esami a 40 tenenti medici in serv. perman. effettivo nel R. Esercito; titoli ed esami; età lim. 32 a.; scad. 15 mar. Rivolgersi: direz. gener. personale ufficiali. (Annunzio completo in: « Le Forze Armate », 22 gen. 1932-X).

Roma. *Ospedale Oftalmico della Provincia*. — Primario direttore; scad. ore 12 del 30 mar.; età lim. 45 a. al 25 gen.; L. 4000 annue e premio di cointeressenza. Chiedere annunzio. Rivolgersi alla Segreteria, via del Gianicolo 1.

Roma. *Pio Istituto di S. Spirito ed Ospedali Riuniti.* — Conc. per esami a 40 assistenti medico-chirurghi; scad. ore 16 del 10 mar.; età lim. 30 a. al 31 gen.; tassa L. 50 al tesoriere; stip. L. 4500 ridotte del 12 %; c.-v. Chiedere annunzio alla Segreteria Generale.

Roncofreddo (*Forlì*). — Scad. 20 feb.; 1ª cond.; L. 10.000 e 10 bienni ventes., ricostruz. carriera; pel 15 % della popolaz.; addizionali di L. 3, L. 4 e L. 5; per uff. san. L. 1000; 2 c.-v.; deduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 15 gen.

San Remo (*Imperia*). — Due posti di medico-condotto per le frazioni di Poggio-Verezzo e Bussana: stipendio annuo lordo L. 7500; scadenza ore 18 del 29 febbraio. Chiedere chiarimenti alla Segreteria Comunale di San Remo.

Terni. *Amministrazione Provinciale.* — Direttore Sezione Chimica Laboratorio Provinciale Igiene e Profilassi. Stipendio L. 14.500, cinque aumenti quinquennali di L. 1250 ciascuno, servizio attivo L. 2500 e indennità caro-viveri come per gli altri impiegati della Provincia. Stipendio e indennità al lordo trattenute di legge e ridotti del 12 % a norma del R. D. L. 20-11-1930, n. 1491. Concorso per esami e titoli. Scadenza 30 aprile 1932. Per chiarimenti e bando integrale rivolgersi alla Segreteria della Provincia.

Torino. *Ospedale Maggiore di S. Giov. Batt. e della Città.* — Primario di chirurgia generale e primario di urologia; condizioni visibili all'Albo; per ulteriori schiarimenti rivolgersi Direz. Ospedale.

Trecenta (*Rovigo*). — Al 20 feb., ore 18; 2° reparto; età lim. 40 a.; L. 8500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 850 serv. att., c.-v., trasp.; deduz. 12 %; serv. entro 15 gg.

Vicenza. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Direttore sanitario e aiuto medico del Dispensario Provinciale di Vicenza; titoli; scad. 31 mar.; stip. rispettivamente L. 20.000 e L. 16.000; serv. att. L. 4000 e L. 3000. Chiarimenti alla Segreteria del Consorzio (presso l'Amministrazione Prov.).

Viterbo. — Scad. 10 mar.; medico condotto supplente; L. 7000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1000 trasp.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

Borse di studio.

VII Borsa di Studio Wassermann.

È aperto il concorso per una borsa di studio di lire cinquemila da assegnarsi ad una dottoressa italiana, laureata in Medicina e Chirurgia, che intenda compiere un anno consecutivo di studi di perfezionamento presso una Università od Istituto Superiore del Regno.

La scelta dell'Università o Istituto Superiore è in facoltà della concorrente, ma dev'essere subordinata alla approvazione della Commissione aggiudicatrice.

Potranno partecipare al concorso tutte le dottoresse italiane che risulteranno regolarmente iscritte alla Associazione Nazionale Italiana Dottoresse in Medicina e Chirurgia, e che al momento del concorso non superino i 5 anni di laurea.

A parità di titoli sarà data la preferenza alla concorrente che trovasi in condizioni economiche disagiate o risieda in luogo lontano dai centri di studio.

Le domande in carta libera dovranno essere indirizzate alla presidente dell'Associazione Nazionale Italiana Dottoresse in Medicina e Chirurgia dott.ssa prof. Myra Carcupino Ferrari, Salsomaggiore (Parma), non più tardi del 10 marzo. Chiedere annunzio.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Giuseppe Sanarelli, direttore dell'Istituto d'Igiene della R. Università di Roma, senatore del Regno, è stato proclamato dottore *honoris causa* dell'Università di Parigi, con votazione unanime di quella Facoltà medica.

Ci compiacciamo vivamente di questa alta e rara distinzione, con la quale — crediamo per la prima volta — la Facoltà medica di Parigi ha voluto onorare uno scienziato italiano.

Essa si riflette in modo simpatico sulla medicina italiana.

Il prof. Fabio Vitali è stato incaricato della direzione dell'Ospedale Civile di Venezia, in seguito a cessazione del servizio del dott. Edoardo Ligorio.

Il dott. prof. Temistocle Laurenti, già degli Ospedali e della R. Clinica Chirurgica di Roma, libero docente di patologia chirurgica, clinica chirurgica e medicina operatoria nella R. Università di Roma, è stato nominato direttore della Poliambulanza del Sovrano Militare Ordine di Malta. Esprimiamo al collega, assiduo collaboratore del « Policlinico », il nostro vivo compiacimento.

Il dott. Mario Faberi ha conseguito nello scorso dicembre la libera docenza in clinica pediatrica. Ci rallegriamo vivamente con l'egregio dott. Faberi, attivissimo collaboratore del nostro « Policlinico ».

Sono abilitati alla libera docenza i dottori: Giovanni Calissano in clinica chirurgica e medicina operatoria; Luigi Cattaneo in clinica dermosifilopatica; Roberto Casazza in clinica oculistica; Antonio De Luca in clinica delle malattie delle vie urinarie; Alessandro Buccelli e Gualtiero Lugli in clinica otorinolaringoiatrica; Giuseppe Gelli in clinica pediatrica; Furio Travagli in medicina sociale; Luigi Casotti, Giulio Giorelli, Renato Ottolenghi in odontoiatria e protesi dentaria; Carlo Brodetti in patologia speciale chirurgica; Tancredi Cortesi e Ventra Camillo in psichiatria; Angelo Santoro in radiologia medica; Alberto Perin, Ulisse Rabbiosi, Achille Sega in tisiologia.

Il dott. Ugo Bombelli ha conseguito nello scorso dicembre la libera docenza in Clinica otorinolaringoiatrica. Contemporaneamente il dott. Bombelli ha vinto il concorso per titoli ed esami al posto di aiuto specialista otorinolaringoiatra degli Ospedali Riuniti di Roma. Rallegramenti.

Il prof. gr. uff. Guglielmo Bilancioni, su proposta di S. E. Balbino-Giuliano, è stato nominato cavaliere dei SS. Maurizio e Lazzaro. Rallegramenti.

La Facoltà di Medicina e Chirurgia di Bologna ha conferito i seguenti premi: premio Vittorio Emanuele II, al dott. Giovanni Battista Bietti; premio Luigi Concato, al dott. Giorgio Perazzo; premio Giovanni Perna, allo stud. Alessandro Buscaroli; premio Ernesto Cavazza, al dott. Vittorio Sabena per il 1930 e al dott. Marco Oppenhein per il 1931; premio Carlo Francioni, al dott. Beno Morpurgo; premio Alessandro Italico Mussolini, al dott. Gualtiero Bonell.

NOTIZIE DIVERSE.

La prolusione del prof. Sotti.

Il prof. Guido Sotti, nuovo titolare della Cattedra di istologia ed anatomia patologica dell'Università di Roma, ha tenuto la sua prolusione « sull'opera di Antonio Dionisi » suo predecessore.

Erano intervenute numerose personalità anche di fuori, fra gli altri i rettori delle Università di Bari e di Firenze proff. Mariani e De Vecchi, il prof. Tusini di Genova, il prof. Fichera di Pavia, i proff. Galdi e Cesaris Demel di Pisa, Pepere di Milano, Maggiore di Bari, e le rappresentanze del R. Esercito e della R. Marina, della Direzione generale della Sanità pubblica e dei RR. Ospedali di Roma.

L'oratore premise che intendeva parlare dell'opera di Antonio Dionisi e non soltanto dell'opera scientifica, perchè Egli fu un grande Maestro anche all'infuori della cattedra e del laboratorio, per la nobilità dello spirito, per la bontà e generosità dell'animo, per l'illimitato altruismo che informarono sempre ogni sua azione nella vita.

Prese in esame l'attività del Dionisi nello studio dei più gravi e complessi problemi di patologia e di alcune malattie infettive che più interessano per la loro diffusione, per la gravità delle lesioni o delle minorazioni che producono, per le molteplici provvidenze di carattere sociale che esigono. Ricordati i numerosi lavori della sua scuola — alcuni dei quali, specie quelli riguardanti problemi di endocrinologia ed il sistema reticolo-istiocitario, particolarmente notevoli per il tempo in cui furono eseguiti e per i risultati ottenuti — trattò dei contributi del Dionisi alla conoscenza di numerose malattie e della malaria in particolare.

Venne quindi a parlare della mirabile attività del Dionisi nel campo didattico e della medicina sociale.

Parlò infine dell'opera svolta nella Scuola medica da campo in San Giorgio di Nogaro ed in zona di guerra, dove, incurante del pericolo, raggiungeva le trincee più esposte ed i camminamenti più battuti, per recare il conforto della sua generosa bontà e della sua dottrina. La sua attività in tutto questo periodo fu veramente ammirevole. D'allora cominciarono i primi segni del male per cui venne a morte il 19 settembre 1931 in Salice mentre parlava in un convegno di studiosi.

L'oratore concluse, tra gli applausi vivissimi dell'uditorio, con un caldo appello ai giovani.

La prolusione del prof. Patrizi.

Con straordinaria affluenza di autorità e di pubblico, in gran parte di colleghi, studenti, ammiratori, concittadini e studiosi — di cui oltre la metà dovette essere rimandata per insufficienza di spazio — il prof. M. L. Patrizi ha tenuto la sua 8ª prelezione al corso di fisiologia in Bologna, inaugurando il nuovo anfiteatro delle lezioni. Trattò il tema « L'accertamento e la misura fisiologica della emozione e della passione ».

Premesso un ringraziamento ed un saluto agli intervenuti, ed in particolare devoto ed affezionato al venerando Maestro sen. Pietro Albertoni, il prof. Patrizi svolse la brillante e interessante lezione, corredata da dimostrazioni e da riuscitissime proiezioni, ascoltata con somma attenzione e salutata alla fine da scroscianti applausi.

Il nuovo anfiteatro di fisiologia in Bologna, è opera assai pregevole per la mole e la modernità architettonica; è capace di 500 posti, ma la sua solidità è stata ora collaudata dalla presenza di oltre 800 persone.

14° Congresso internazionale di fisiologia.

Avrà luogo in Roma dal 29 agosto al 3 settembre, sotto la presidenza del prof. Filippo Bottazzi, R. Istituto di Fisiologia, S. Andrea delle Dame 21, Napoli. Lingue ufficiali saranno il francese, l'inglese, l'italiano e il tedesco. I titoli delle comunicazioni, corredati di un sunto, vanno inviati alla presidenza non oltre il mese di maggio. Chi desidera compiere dimostrazioni, deve fare richiesta, non oltre il mese di maggio, degli animali, apparecchi e sostanze di cui può aver bisogno; per apparecchi speciali la richiesta va fatta non oltre il mese di aprile. La quota di sottoscrizione è di 100 lire. Segretario generale è il prof. Sabato Visco, direttore del R. Istituto di Fisiologia generale, via Milano, Roma (5).

50° Congresso francese di oftalmologia.

La « Société Française d'Ophtalmologie » celebrerà quest'anno il 50° anniversario della sua fondazione; in tale occasione, il congresso annuo assumerà speciale sviluppo. Avrà luogo dal 18 al 21 luglio. Saranno organizzati dei ricevimenti e un banchetto. Per informazioni rivolgersi al segretario generale Dr. René Onfray, avenue de la Motte Picquet 6, Paris (VIIe).

28° Congresso medico di Porto Rico.

L'Associazione medica di Porto Rico ha tenuto il suo congresso medico annuale dal 18 al 20 dicembre in Santurce, sotto la presidenza del dott. Manuel Dia-Garcia. Furono tenute dimostrazioni cliniche, in vari istituti, sui seguenti soggetti: immunologia dell'asma, trattamento moderno della tubercolosi, trattamento delle fratture, medicina tropicale; inoltre furono tenute conferenze sui seguenti soggetti: le infezioni genito-urinarie persistenti, trattamento dello sprue, trattamento delle anemie secondarie, la malaria a Porto Rico, la sifilide a Porto Rico. Fu eletto presidente il dott. Rafael Barnabe, di San Juan; segretario il Dr. Pablo Morales y Otero, di San Juan.

Società per gli studi della malaria.

Si è adunata in seduta statutaria plenaria il 5 febbraio, sotto la presidenza del principe Gelasio Caetani. Vennero commemorati i soci deceduti del Consiglio, proff. V. Ascoli, A. Bignami e A. Dionisi; a sostituirli, furono nominati i proff. R. Bastianelli, A. Castellani e G. Sanarelli.

Il prof. L. Ficacci, segretario, venne nominato consigliere.

Si approvò il bilancio consuntivo. Su richiesta del prof. Marchiafava, il presidente espose le azioni antimalariche in via di sviluppo nella regione pontina. Il Consiglio venne convocato per il 13 febbraio.

Convegno sulla demenza paralitica.

La « Providence Medical Association » ha tenuto, l'11 gennaio, a Howard, nell'Ospedale per malattie mentali dello Stato di Rhode Island, un convegno sulla cura della paralisi progressiva. Furono

tenute delle relazioni dai dottori: W. A. Tinton sull'immunologia e la relazione di Hinton; D. Rothschild sulla patologia; S. H. Epstein sulla chemoterapia; R. P. Crank sulla malarioterapia; C. T. Perkins sulla diatermoterapia.

Corsi complementari d'igiene pratica.

Avranno luogo presso gl'Istituti d'Igiene di Catania e di Torino, diretti dai proff. E. Di Mattei ed A. Maggiora-Vergano.

Il corso di Catania si svolgerà dal 1° marzo al 30 aprile; importa la tassa di L. 400, da corrispondere all'Economato della R. Università, oltre gli eventuali diritti di segreteria. Per il corso di Torino non è indicata l'epoca; le domande si accettano fino al 28 febbraio; per le altre condizioni rivolgersi all'Economato della R. Università.

A questi corsi sono ammessi i laureati in medicina e chirurgia, in zooiatria, in chimica farmaceutica e quelli in chimica pura quando abbiano altresì conseguito il diploma in farmacia. Le domande vanno dirette al Rettorato.

Viaggio medico in Spagna.

Un viaggio esclusivamente riservato ai medici, alle loro mogli e ai loro bambini, è stato organizzato dal « Comité d'Entente Scientifique Hispano-Belge », dal 13 al 29 marzo, per 3700 franchi francesi a persona. Viaggio in prima classe, alberghi di primo rango, tragitti notturni in vagone-letto. L'itinerario comprende: San Sebastiano, Burgos, Madrid, Toledo, Cordova, Siviglia, Granata, Alcazar, Valenza, Barcellona. È in studio una variante, che comporta il ritorno per il Portogallo, con imbarco a Vigo per Bordeaux, sulla nave di grande lusso « L'Atlantique » (40.000 tonnellate). Il numero dei posti è limitato. Rivolgersi al più presto alla « C.ie Française du Turisme », boulevard Alphonse Max 29, Bruxelles (incaricata dal Comitato).

Gare d'igiene a Milano.

Il Comitato permanente di propaganda igienica antitubercolare per le scuole di Milano aveva organizzato, nel luglio dello scorso anno, una gara d'igiene. In questi giorni si è avuta al teatro Verdi, la premiazione di 176 scolari che si erano distinti nella gara. Hanno assistito alla cerimonia varie autorità e rappresentanze.

Il 31 gennaio si è spento all'età di 56 anni in seguito a violenti attacchi da miocardite il dottor GIOVANNI GAGGIA, chirurgo primario dell'Ospedale Civile di Feltre, largamente noto ed amato per la sua competenza professionale e per le sue superiori qualità personali.

Laureatosi nel 1901 nell'Università di Padova, fu assistente del prof. Burci, e rapidamente raggiunse il primariato e la direzione dell'Ospedale di Feltre, sua patria. Nel 1917, invasa Feltre dagli austriaci, egli rimase al suo posto di lavoro, ma per la sua qualità di ufficiale medico dell'esercito italiano fu internato a Czernowitz fino alla fine della guerra.

Egli ricoprì importanti cariche nella vita pubblica cittadina e professionale, e lascia unanime profondo rimpianto nella popolazione e nei colleghi. G. PIERI.

Il 14 gennaio cessava di vivere a Tribano di Padova il dott. cav. GIUSEPPE MEZZORI, la cui intelligente attività si è svolta sopratutto a favore degli umili, in oltre sei lustri di dura ed oscura vita di condotta. F.

Si è spento a Palermo il prof. UGO SOLI, titolare della cattedra di anatomia patologica presso quella Università. Ne daremo ulteriori notizie in un prossimo numero.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XXXIX Roma, 22 Febbraio 1932 - X Num. 8

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LEZIONI.

ISTITUTO DI PATOLOGIA SPECIALE MEDICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI PARMA.

L'ittero nel corso della polmonite lobare.

Prof. LUIGI PRETI, direttore.

Prenderemo oggi in esame un caso clinico, che ripete una forma morbosa ormai nota a tutti voi, alla quale si è aggiunto un sintomo, che non è abituale e che merita una particolare trattazione, specialmente nei riguardi della patogenesi.

M. Ida, di anni 40, coniugata, massaia, da Noceto.

Perdette il padre per polmonite; ha ancora la madre, che non vide mai ammalata; non ha nè fratelli, nè sorelle.

La paziente ebbe allattamento materno. I primi atti fisiologici: dentizione, deambulazione, fonazione, per non aver richiamata particolare attenzione, presumibilmente si compirono in epoca ed in modo fisiologico. Mestruò a 14 anni e le mestruazioni si susseguirono sempre regolari per epoca e quantità. A 23 anni sposò un uomo della sua stessa età e durante la vita matrimoniale ebbe e condusse felicemente a termine 3 gravidanze.

A 4 anni superò il morbillo in pochi giorni senza complicazioni nè conseguenze. A 10 anni fu ricoverata per una quarantina di giorni all'ospedale per una infezione erisipelatosa in corrispondenza della regione mammaria destra. A 27 anni, cioè durante l'imperversare della pandemia influenzale del 1918, soffrì di una forma febbrile durata una settimana circa, diagnosticata come allora si chiamava: spagnuola. A 36 anni ebbe dolori per oltre 3 mesi nel territorio del nervo sciatico di sinistra, cessati a seguito di una cura salicilica intensa.

Come vi ho accennato in principio, l'ammalata attende ai lavori di casa, in ambiente salubre ed arioso. Dichiara di essere sobria nel mangiare e nel bere.

La malattia, che richiese il ricovero nel nostro Istituto, ebbe un esordio brusco, poichè esplose in pieno benessere nel mattino del 27 febbraio u. s. La paziente fu colta improvvisamente senza sintomi premonitori da intensi brividi, che durarono circa 3 ore. La temperatura raggiunse in breve tempo 39°,5, mentre venivano avvertiti i seguenti sintomi soggettivi: malessere generale, cefalea, affanno di respiro, vomito di sostanze alimentari poco prima ingerite, senso di arsura alle fauci e più tardi dolore puntorio in corrispondenza della base posteriore del torace di destra.

Il giorno seguente si aggiunse tosse, dapprima secca e più tardi con escreato fibrinoso ematico. Questo stato di cose indusse i parenti ad inviare l'ammalata a noi il giorno 3 marzo.

La paziente interrogata ci dice di avvertire: difficoltà di respiro, cefalea, senso di calore, bocca secca e palpitazione di cuore. Come potete constatare l'ammalata viene colta di tanto in tanto da accessi di tosse, che talvolta danno esito a scarso escreato, attaccaticcio per la fibrina, che contiene, di color rossastro, rugginoso.

Dall'esame, che noi facciamo insieme, possiamo rilevare che la paziente è in perfetta lucidità di mente, che tiene preferibilmente un decubito attivo laterale destro, che ha un'espressione del volto indifferente, che è provvista di un'impalcatura scheletrica regolare, che non ha articolazioni rigide nè tumefatte e che è provvista di pannicolo adiposo discretamente abbondante e di una muscolatura bene sviluppata e soda. Ma un sintomo appare subito e cioè che la cute, elastica, umida, presenta una evidente colorazione itterica.

La temperatura ascellare raggiunge 39°,6; il polso è ritmico, uguale, abbastanza valido e dà 128 battute al minuto. I respiri sono 46. La pressione arteriosa massima è 136; la minima 70.

Il capo è mobile, indolente. Le mucose congiuntivali sono giallastre. I globi oculari conservano integra la loro mobilità; le pupille sono uguali e reagiscono alla luce ed all'accomodazione. Agli zigomi è evidente una modica cianosi. Sulle pinne nasali ed alle commessure labiali si nota erpes. La lingua è arrossata ed impaniata lungo i margini: il faringe è arrossato.

Il collo è cilindrico e si notano ai lati pulsazioni trasmesse dai grossi vasi.

La tiroide non è aumentata di volume nè di consistenza.

Osservate un torace ben conformato con fossette sopra e sotto clavicolari evidenti, con l'angolo del *Louis* sporgente e l'angolo epigastrico leggermente ottuso. Potete vedere gli spazi intercostali specialmente quelli inferiori. La colonna vertebrale non presenta deviazioni abnormi. Le scapole sono aderenti. Potete constatare nei riguardi dei movimenti 2 fatti salienti e cioè la frequenza e la superficialità del respiro.

La palpazione fa percepire il fremito vocale tattile più forte alle basi fino all'angolo della scapola tanto a destra che a sinistra in confronto delle parti superiori e noi dobbiamo tenere questo rilievo nel debito conto, poichè, come vi ho già in altre occasioni fatto notare, nel sesso femminile, come anche nei bambini, il fremito vocale tattile è percepito con maggior intensità più in alto che nelle parti basse del torace; il nostro rilievo, che è contrario a quello, che può essere considerato normale, fa già pensare ad un processo patologico alle basi polmonari.

Alla percussione si avverte un lieve timpanismo al di sopra della spina delle scapole, e da 1 dito sopra l'angolo delle scapole in basso, tanto a destra che a sinistra, una ottusità. Omettiamo di delimitare i margini polmonari per non stancare l'ammalata.

All'ascoltazione nella zona sotto-scapolare di sinistra si avverte soffio bronchiale, ed in quella di destra soffio bronchiale e rantoli crepitanti. Altrove il respiro è piuttosto aspro.

L'area cardiaca è leggermente sporgente ma non oltre a quel limite, che può essere ritenuto fisiologico. Potete vedere che l'itto batte nel 5° spazio intercostale a mezzo cm. all'interno dell'emiclaveare e lo potete apprezzare mediante la palpazione non molto scuotente, piuttosto circoscritto; non si palpano fremiti. L'ottusità relativa del cuore a sinistra coincide con l'itto, in alto tocca la 3ª costola sulla parasternale, a destra non deborda dalla marginale destra dello sterno; in complesso dunque un'area cardiaca non ingrandita. All'ascoltazione toni ritmici, leggermente impuri ed accentuato il 2° tono sulla polmonare. Ciò è da mettere in rapporto alle condizioni dell'apparato respiratorio.

L'addome è simmetrico; presenta la cicatrice ombellicale introflessa e smagliature gravidiche nei quadranti inferiori. È trattabile come vedete, indolente; non si avvertono resistenze abnormi e dà suono timpanico ovunque.

L'esame clinico dell'area gastrica ed intestinale nulla fa rilevare di speciale menzione.

Il fegato nella parte palpabile è liscio, indolente, di consistenza non aumentata; i margini sono smussi; superiormente arriva alla 6ª costola sulla parasternale; inferiormente abbandona l'arco costale sul prolungamento dell'emiclaveare e taglia la linea xifo-ombellicale nel punto di mezzo. Quindi possiamo dire che il fegato non è aumentato di volume.

La milza non è palpabile sotto l'arco costale anche nelle profonde inspirazioni; superiormente arriva alla 9ª costola sull'ascellare posteriore; anteriormente sta tra l'ascellare anteriore e la media. Possiamo pertanto affermare che la milza non è aumentata di volume.

L'esame del sistema nervoso non offre rilievi di importanza, poichè la coscienza e la memoria sono integre; la motilità e la sensibilità sono conservate, come lo sono i riflessi sia superficiali che profondi; non riflessi abnormi come il Babinski, l'Oppenheim, il clono del piede, ecc.

Le orine in quantità di 800 cmc., come vedete, sono itteriche; se immergiamo un pezzetto di carta bibula, esso si colora in verdastro; sono acide; hanno una densità di 1024; presentano albumina in tracce, pigmenti biliari e nel sedimento qualche globulo bianco e rari frammenti di cilindri granulosi.

La sierodiagnosi di Wassermann è negativa.

La prova di van den Bergh sul siero di sangue per la bilirubina ha dato 30 unità a reazione indiretta.

Le feci sono formate di consistenza pastosa e colorate.

L'analisi clinica consente di arrivare facilmente alla diagnosi. Basta ricordare che lo stato morboso è comparso improvvisamente con brivido, febbre, dolore puntorio al torace, sputo rugginoso e tener conto che all'apparato respiratorio il fremito vocale tattile è aumentato alle basi in confronto delle parti superiori, contrariamente a quanto di solito

vien fatto di constatare nel sesso femminile, l'esistenza di ipofonesi alle basi e di respiro bronchiale nella regione sotto scapolare di sinistra e di soffio bronchiale e rantoli crepitanti nella regione omologa a destra per formulare direttamente la diagnosi di polmonite lobare doppia.

Si può anche aggiungere che il processo pneumonico a destra è in via di risoluzione, mentre quello a sinistra trovasi ancora in stato di completa epatizzazione perchè a destra si cominciano a sentire rantoli crepitanti o per meglio dire rantoli di ritorno, cioè rantoli, che compaiono dopo un periodo di respiro esclusivamente bronchiale quando per la fluidificazione dell'essudato l'aria riesce a penetrare negli alveoli polmonari.

Non sbaglieremo poi se volessimo affermare che il processo pneumonico più recente cioè quello di sinistra trovasi ancora nello stadio di epatizzazione rossa per la semplice ragione che lo sputo persiste ad essere rugginoso, croceo.

Come vedete dunque il caso non presenta alcuna difficoltà diagnostica poichè l'anamnesi recente ed alcuni dati fondamentali di semeiotica ci hanno permesso di formularla direttamente. Ciò non di meno esso offre un certo qual interesse meritevole di qualche considerazione per un sintomo assai appariscente e cioè per la tinta itterica dei tegumenti. Detta tinta si manifestò nel 5° giorno di malattia. Quando l'ammalata è venuta in 4ª giornata da noi, mancava; era prevedibile però la sua comparsa perchè le orine contenevano già tracce di pigmenti biliari; il che dimostrava un accumulo di pigmenti biliari nel sangue, ed infatti il giorno seguente fu notata una tinta subitterica alle congiuntive, la quale andò gradatamente accentuandosi ed estendendosi gradatamente a tutta la cute, raggiungendo l'intensità, che vedete attualmente.

*
* *

Prendiamo ora in considerazione il sintomo itterizia, che, come abbiamo visto, è comparso in 4ª giornata di malattia. Esso si è verificato nel corso della polmonite, quindi fino a prova contraria dobbiamo presumere una certa dipendenza con la malattia primaria: la polmonite.

Ma prima di procedere oltre nella nostra disamina, dobbiamo stabilire se l'ittero è totale o, come si suol dire, dissociato; cioè se nel sangue sono presenti tutti gli elementi costitutivi della bile o soltanto la sostanza colorante di essa.

La risoluzione di questa pregiudiziale ci permetterà un passo notevole nello stabilire la genesi dell'ittero.

Di regola quando l'ittero è totale, per la presenza in circolo di sali biliari — glicolato e taurocolato sodico — vien dato di osservare particolari fenomeni come il prurito e la bradicardia. Nel caso nostro mancando questi due sintomi vien fatto di pensare che non si tratti di un ittero totale, ma di un ittero dissociato. Se a questa conclusione aggiungiamo anche quella che le feci non sono ipocromiche, ecco che noi possiamo senz'altro scartare tutte le cause, che ostacolano il deflusso della bile, tanto endoepatiche che estraepatiche, di modo che possiamo tirare una prima deduzione e cioè che l'ittero non è dovuto a processi determinanti il ristagno della bile nel fegato.

Certamente, come in tutte le malattie infettive, anche nella polmonite possono verificarsi lesioni epatiche sia di natura infiammatoria che degenerativa per azione diretta dei germi o delle loro tossine sulla cellula epatica ed aversi, per le alterazioni cellulari, che ne conseguono, un ittero più o meno marcato. Ma in simili evenienze si tratta per lo più di un ittero totale, senza contare che anche il fegato dà segni più o meno palesi di risentimento con aumento di volume e con insufficienza funzionale. Per non aver rilevato nulla di tutto questo nella nostra paziente, possiamo tirare una seconda deduzione e cioè che l'ittero, nel caso in esame, non è in relazione a processi infiammatori o degenerativi del fegato.

Sgombrato il campo di 2 gruppi di cause atte a spiegare l'ittero non ci resta che prendere in considerazione la terza ed ultima causa e cioè che l'ittero sia dovuto ad una eccessiva dissoluzione di globuli rossi.

Ora nella polmonite avviene effettivamente una abbondante distruzione di globuli rossi nell'essudato durante l'epatizzazione rossa e per l'elaborazione del pigmento ematico libero si ha un aumento della formazione di bilirubina, di cui è sempre dimostrabile il suo aumento nel sangue. Se poi essa raggiunge una certa concentrazione allora si può avere anche l'ittero, che sarà dissociato. L'ittero e la iperbilinemia si riducono nello stadio dell'epatizzazione grigia e nella risoluzione del processo pneumonico.

Nell'ammalata, che ci sta davanti, deve essersi verificato tutto ciò, essendo, come si è detto precedentemente, l'ittero dissociato e non essendovi altre cause capaci di spiegarlo. Esso poi è comparso durante l'epatizzazione rossa, quando cioè un'ingente quantità di globuli rossi passava in dissoluzione.

Possiamo quindi concludere che l'ittero non è dovuto a ritenzione di bile od a processi infiammatori o degenerativi del fegato, ma ad abbondante emolisi.

Chiarito questo punto, un altro problema ci si presenta da risolvere e cioè dobbiamo stabilire dove avviene la trasformazione del pigmento ematico in pigmento biliare.

*
* *

Dopo che per gli studi di Aschoff, Banti, van den Bergh, Eppinger, ecc., fu ammesso che l'ittero nel decorso della polmonite è di na-

tura emolitica, vi fu chi sostenne che il pigmento ematico, reso libero nel polmone, venisse da questo assorbito, versato in circolo e convogliato al fegato per subirvi l'ulteriore trasformazione in bilirubina. A questa ipotesi fu mossa l'obbiezione che il pigmento ematico versato in circolo, dovrebbe talvolta, specialmente se immesso in grande quantità, superare la soglia renale e venir eliminato sotto forma di emoglobina: ora per quante indagini siano state fatte per ricercare un'eventuale emoglobinuria nei polmonitici, mai fu dato di constatarla. Ed allora la sede della trasformazione della emoglobina in bilirubina deve avvenire altrove, tanto più che alla sezione il fegato, anche dal punto di vista istologico, non presenta alterazioni di sorta, se si eccettua talora un modesto ingrandimento, dovuto, per ammissione generale, ad una modesta stasi.

A questo punto è necessario intrattenerci un momento sulla dibattuta questione della formazione estra epatica della bilirubina.

È noto che Minkowski-Naunyn ed altri attribuivano solamente alle cellule epatiche il potere di formare bilirubina; mentre Nee, Hymans v. d. Bergh, Mann, Master, ecc., le ritenevano incapaci e, secondo loro, tale potere era di spettanza all'apparato cellulare di Kupffer. L'Aschoff allargò questa concezione estendendola a tutto il sistema reticolo endoteliale, dal quale la bilirubina arrivando alle cellule epatiche verrebbe da queste eliminata. Così fu dimostrata la presenza di bilirubina nel liquido cefalo rachidiano dopo l'emorragia cerebrale; nei versamenti ematici della pleura, del peritoneo, delle articolazioni; negli ematomi. Fu constatato che la splenectomia impediva l'itterizia da toluilendiamina (Banti, Eppinger, Pugliese, ecc.); e che abbassa il tasso bilirubinemico in casi di ittero emolitico (Bozzolo, Micheli); che nell'anemia perniciosa e nell'ittero emolitico il sangue della vena splenica contiene maggior quantità di bilirubina che quello dell'arteria splenica (Hjmans, v. d. Bergh, Snapper); che se si inietta emoglobina nell'arteria splenica, si ha un aumento di bilirubina nella vena (Mann); e che la bilirubina si forma ancora nel sangue di cani, ai quali fu asportato il fegato (Mann).

Tutto ciò dimostrerebbe che la bilirubina si possa formare al di fuori del fegato.

Recentemente Maugeri del mio Istituto in un ematoma estra durale, che datava da 8 giorni, ha riscontrato una grande quantità di bilirubina, mentre il sangue circolante dello stesso individuo non ne conteneva che tracce. Lo stesso Maugeri dimostrò pure nell'ematoma provocato in conigli con sangue senza bilirubina dimostrabile, dopo 2-3 giorni, bilirubina in discreta quantità, mentre nel sangue circolante non era dimostrabile.

Ma per restare nel campo del polmone sarà bene ricordare che già Traube e Mosler avevano notato la colorazione verde dello sputo in ammalati di polmonite lobare e che Pollak, Herzfeld avevano trovato nello sputo rugginoso di pneumonici discreta quantità di bilirubina e che Lubarsch nelle masse fibrinose endoalveolari e negli epiteli alveolari emosiderina in quantità.

Tutto ciò richiamò l'attenzione sulla possibilità da parte del polmone di formare bilirubina.

Recentemente si è osservato che il tasso più elevato di bilirubina nel sangue compare nei primi giorni del processo pneumonico, cioè nel periodo di epatizzazione rossa e si riduce sino a cadere alla norma col risolversi del processo pneumonico; si rialza rapidamente con lo stabilirsi di un nuovo focolaio pneumonico. Maugeri ha voluto riprodurre sperimentalmente il fenomeno. Egli introdusse in trachea 4-5 volte 8 ccm. di globuli rossi lavati, e determinando il tasso bilirubinico, potè stabilire che esso andava aumentando da 24 a 48 ore dopo l'ultima inoculazione e diminuiva per non essere più dimostrabile dopo 3-4 giorni. Poteva anche dimostrare all'esame microscopico dei polmoni intensa fagocitosi da parte degli epiteli polmonari, i quali contenevano nel loro protoplasma grande quantità di ferro, mentre gli altri organi non presentavano alterazioni di sorta.

Queste osservazioni ed i dati sperimentali darebbero adito a ritenere possibile nei processi pneumonici la formazione nel polmone di bilirubina, che passando in circolo determina costante iperbilirubinemia e talora ittero.

*
* *

Dopo quanto fu detto possiamo concludere che l'ittero dissociato, che compare nel corso della polmonite, può essere dovuto al processo emolitico intenso, che avviene nell'essudato durante il periodo dell'epatizzazione rossa e che i dati clinici e sperimentali danno adito alla forte presunzione che la trasformazione dei pigmenti ematici in pigmenti biliari possa avvenire nello stesso polmone malato.

L'itterizia prodottasi in questo modo non influisce affatto il pronostico della forma morbosa in atto, dovendosi considerare nient'altro che un epifenomeno dovuto ad una intensa dissoluzione di globuli rossi, nè merita alcun trattamento speciale, poichè essa si attenua man mano che il processo pneumonico procede nella sua evoluzione.

Nella terapia del caso in esame pertanto applicheremo la solita terapia già altre volte indicata senza preoccuparci del sintomo itterico.

LAVORI ORIGINALI.

Istituto di Clinica delle Malattie Professionali
DELLA R. UNIVERSITÀ DI TORINO.
Direttore inc.: Prof. G. QUARELLI.

La reazione della perossidasi nel solfocarbonismo.

Dott. ALBERTO VELICOGNA
e dott. ANGELO VIZIANO, assistenti.

E' un dato recentemente acquisito ed ormai incontestabile che la crasi sanguigna è regolata da centri vegetativi encefalici. Numerose sono le osservazioni cliniche che depongono in questo senso e non mancano perfino dati sperimentali in proposito. Nella letteratura medica troviamo l'importante osservazione di Bardachzi, che descrisse, nel 1909, in un caso, l'associazione della policitemia con la corea. Questa osservazione però, a quanto ci consta, rimase isolata per molto tempo; sicchè bisogna arrrivare al 1922 per trovare osservazioni cliniche analoghe fatte per opera di Doll e Rothschild, i quali descrissero pure l'associazione della corea di Hutington con la policitemia in alcuni membri della stessa famiglia.

Nello stesso anno Stern osservò variazioni del quadro dei globuli bianchi in tutta una serie di encefalitici cronico-miastatici, ritenendole però più di natura infettiva che di origine neurogena.

In questi ultimi tempi le osservazioni cliniche si sono moltiplicate; accenneremo brevemente soltanto alle più importanti, fra cui quella di Léchelle, Donady e Joseph concernente un tumore cerebrale con imponente sintomatologia a carico dei nervi cranici, del ricambio ed endocrina, associata a poliglobulia con eritrosi cutanea; quella di Guillain, Léchelle e Garcin concernente pure cinque casi di tumore cerebrale con poliglobulia; l'altra di Lhermitte e Peyre riguardante un caso di narcolessia con policitemia; ed infine ancora il caso molto complesso di Günther, che depone pure per l'esistenza di un centro regolatore della crasi sanguigna.

Queste osservazioni cliniche trovano poi conferma nelle esperienze di Schuloff e Matthies che ottennero poliglobulia nei conigli con lesioni del mesencefalo.

Nè mancano rilievi sull'influenza di centri nervosi sul comportamento dei leucociti, come stanno a testimoniare, oltre alle già citate osservazioni di Stern, gli esaurientissimi studi di Rosenow. Molto interessanti sono difatti le sue osservazioni anatomo-patologiche sui reperti dei cervelli di due individui morti di leucemia linfatica cronica e i dati sperimentali da lui portati per la dimostrazione di una leucocitosi provocata dalla puntura di alcune zone della base del cervello, per la quale potè escludere l'influenza dell'ipertermia dovuta alla puntura stessa.

Del Rosenow è anche degna di nota l'altra osservazione che la leucocitosi determinata da iniezioni di pyrifer non compare se contemporaneamente viene somministrato del luminal.

Pure molto conclusivo è il vasto contributo di Moser, il quale riferisce di aver trovato valori leucocitari alti in circa trenta casi di parkinsonismo postencefalitico, in quattro arteriosclerotici con paralisi agitante, in due dei quali con neutrofilia e spostamento a sinistra della formula di Arneth. Trovò pure iperleucocitosi in numerosi casi di tumori della base, nonchè nell'avvelenamento da ossido di carbonio con sindrome amiostatica.

Il dato più importante, però, che sta a dimostrare la dipendenza di alcune modificazioni ematologiche da centri cerebrali, è quello che si riferisce al comportamento dei fermenti leucocitari o più propriamente della perossidasi.

Sato e Yohimatsu hanno riscontrato la reazione della perossidasi negativa durante il decorso dell'encefalite epidemica, mentre quella dell'ossidasi è rimasta invariata. Lhenkuhl trovò pure assenza transitoria della perossidasi in uno stato crampiforme consecutivo all'encefalite. Nè soltanto in questa forma morbosa e nei suoi postumi la R. P. si presenta negativa, come in un primo tempo si credette di dover ammettere; Simmel la riscontrò anche in un caso di corea minor, nel quale il reperto anatomo-patologico confermò l'esistenza nel sistema striato delle lesioni caratteristiche della corea.

Anche le indagini sperimentali hanno portato un largo contributo non solo per la dimostrazione dell'esistenza di questi centri, ma anche per una approssimativa localizzazione loro. Così Simmel stesso ottenne questa sindrome ematologica nel carpio, ledendo bilateralmente le immediate vicinanze del nucleo dell'oculomotore e nel coniglio, ledendo pure bilateralmente il corpo striato in vicinanza della porzione anteriore dell'acquedotto di Silvio. Si parla perciò oggi della puntura della perossidasi di Simmel (Peroxydasestich).

E' necessario però ricordare anche che Shoji, mentre ha ottenuto R. P. negativa nel sangue del coniglio colla puntura dello striato, la

ha riscontrata tuttavia positiva negli elementi mieloidi del midollo osseo.

Suzucki ha pure ottenuto una R. P. non negativa ma diminuita coll'azione di varie sostanze colloidali: latte, albumina d'uovo, argento colloidale, mentre molti e svariati veleni, fra cui i narcotici ad alta dose, non influenzano, secondo lo stesso autore, il comportamento della R. P.

Tutti i citati autori sono d'accordo nell'affermare la netta indipendenza dell'ossidasi, non solo dalla perossidasi, ma anche da tutte le lesioni spontanee e provocate e dalle varie intossicazioni esperimentate.

In considerazione quindi dei vari fatti osservati dai diversi autori a carico della crasi sanguigna e della perossidasi, ed in particolare delle osservazioni surriferite di Moser sulla leucocitosi nell'avvelenamento da ossido di carbonio accompagnata da sintomi amiostatici, e date infine le osservazioni di Quarelli e della nostra Scuola sulla presenza di sintomi clinici parkinsonsimili nell'intossicazione professionale cronica da solfuro di carbonio, che corrisponderebbero a lesioni istopatologiche dei nuclei della base, dimostrate sperimentalmente da Audo-Gianotti, abbiamo ritenuto opportuno e degno di grande interesse ricercare il comportamento della reazione della perossidasi nel solfocarbonismo.

Allo scopo abbiamo esaminato quindici operai di una fabbrica di seta artificiale, i quali accusavano disturbi svariati dipendenti dall'intossicazione da solfuro di carbonio; tra questi tre presentavano una sindrome striata.

Abbiamo tralasciato di ricercare il comportamento dell'ossidasi, non avendo essa nessuna importanza clinica da questo punto di vista, come risulta dalle ricerche dei vari autori succitati, pur decorrendo le due reazioni parallelamente nell'individuo normale e pur comparendo esse contemporaneamente nello sviluppo fetale, secondo quanto ha dimostrato Tokué.

Non abbiamo invece mancato di confrontare il comportamento della reazione della perossidasi (R. P.) con la formula leucocitaria, ed in quegli ammalati che abbiamo potuto ricoverare in clinica eseguire un esame ematologico completo.

Possiamo affermare subito che in tutti abbiamo trovato la reazione della perossidasi positiva; però non in tutti della stessa intensità. Per metterne in evidenza il diverso grado abbiamo eseguito quella che noi chiameremo la « formula della perossidasi » (F. P.), vale a dire sugli strisci opportunamente colorati abbiamo stabilito la percentuale dei globuli bianchi che presentavano reazione positiva (+) e di quelli che la presentavano negativa (—).

Prima di rilevare i valori ottenuti premettiamo che quando parleremo di tremore riscontrato nella gran maggioranza dei casi esaminati, intenderemo riferirci a quella forma di tremore descritta dal Quarelli come specifica del solfocarbonismo. Si tratta di un tremore che — come rileva Quarelli — ha la caratteristica di essere presente negli stati di riposo e di scomparire durante l'esecuzione dei movimenti volontari, per ricomparire non appena tali movimenti siano stati ultimati. Le oscillazioni che si osservano sono rare e lente, interessano più specialmente le estremità localizzandosi e comparendo anzi, come prima sede, nelle dita della mani.

« Il tremore presentato dagli intossicati da CS_2 è essenzialmente diverso da quello che si presenta in altre malattie.

« Esso è ben diverso dal tremore basedowiano che si presenta pure esso fine, a piccole scosse ma rapide e in numero rilevante anche di 20,30 per minuto secondo. Ugualmente ha caratteristiche diverse dal tremore senile, ove il movimento lentissimo di tremore è un movimento che interessa globalmente l'arto e, se esiste nello stato di riposo, si manifesta pure nell'esecuzione dei movimenti.

« Non è neppure il caso di ricordare le sue differenze dal tremore intenzionale della sclerosi in placche, perchè troppi sono i punti di divergenza.

« Il tremore osservato negli avvelenati da CS_2 ricorda esattamente, invece, il tremore che si osserva in molti parkinsoniani encefalitici e, per taluni caratteri, anche quello della paralisi agitante. In tutte queste forme difatti il tremore è lento, a piccole scosse, interessa più specialmente le estremità superiori all'inizio, sopratutto le dita della mano e presenta un netto isocronismo tra le singole contrazioni. Inoltre scompare completamente nell'esecuzione dei movimenti volontari, per ricomparire durante lo stato di riposo. Scompare inoltre nel sonno. Nel solfocarbonismo non si è finora osservata la presenza del tremore particolare della malattia di Parkinson senile, cioè il tremore caratteristico del pollice della mano (Quarelli) ».

Ciò premesso, ecco i valori ottenuti:

1) Operaio B. D., di anni 58, sposato. Addetto per circa cinque anni al reparto filatura di una fabbrica di seta artificiale. Presenta evidente sindrome parkinsonsimile, con ipertonia muscolare,

amimia, troclea omerale, tremore delle dita durante il riposo.

G. R. 5.650.000; E. 74; V. G. 0,66; G. B. 9.600; linfociti 27 %; F. P. 47 % —; 53 % +.

2) Operaio F. N., di anni 16. celibe. Da due anni addetto al reparto torcitura. Accusa dolori violentissimi ai polpacci ed astenia agli arti inferiori.

Tremore solfocarbonico evidente alle mani; più accentuato a destra. Lieve struma.

Linfociti 45 %; F. P. 67 % —; 33 % +.

3) Operaio Z. G., di anni 57, sposato. Addetto per quattro anni ad un reparto di filatura, venne ricoverato in alcune riprese in Clinica, ed è attualmente assolutamente inetto al lavoro.

Presenta sempre amimia, troclea dentata omerale bilaterale spiccata, scarsa troclea oculare, alterazioni distrofiche della cute del viso; tremore del tipo ricordato agli arti superiori, iniziantesi alle dita della mano, durante il riposo.

G. R. 5.250.000; E. 88; V. G. 0,84; linfociti 27 %; F. P. 50 % —; 50 % +.

4) Operaio C. G., di anni 27, sposato. Da due anni addetto agli essicatoi e prima, per sei mesi, in altri reparti della stessa fabbrica.

Non accusa disturbi di qualche importanza.

Linfociti 32 %; F. P. 42 % —; 58 % +.

5) Operaio G. L., di anni 29, celibe. Da circa tre anni nel reparto filatura. Accusa mialgie notevoli agli arti inferiori.

Tremore alle mani.

G. R. 6.050.000; E. 80; V. G. 0,66; G. B. 9.360; linfociti 30 %; F. P. 49 % —; 51 % +.

6) Operaio V. R., di anni 38, sposato. Da quattro anni e mezzo in fabbriche di seta artificiale, dove lavorò nei vari reparti di sulfurazione, filatura, lavaggio, ecc.

Attualmente accusa astenia e dolori agli arti inferiori e presenta discreto tremore alle mani.

Linfociti 33 %; F. P. 40 % —; 60 % +.

7) Operaio F. D., di anni 37, sposato. Da tre anni in fabbrica, sempre addetto a reparti in cui si impiega il solfuro di carbonio (lavaggio, essicatoi, filatura, ecc.).

Non lamenta che scarsi disturbi, come dolori gastrici, formicolii alle dita, astenia agli arti inferiori, ma senza dolori.

Tremore alle mani poco evidente.

Linfociti 40 %; F. P. 50 % —; 50 % +.

8) Operaio V. G., di anni 30, sposato. Da cinque anni addetto agli essicatoi. Scarsi disturbi agli arti inferiori ed allo stomaco.

Lieve tremore alle mani.

Linfociti 39 %; F. P. 55 % —; 45 % +.

Gli altri sette individui esaminati presentarono la F. P. normale, ovverosia oscillante tra 70-75 % positiva e 25-30 % negativa, come rilevammo in numerosi controlli eseguiti su individui normali e su noi stessi, pur accusando taluno di quegli operai qualche disturbo.

Essi sono i seguenti:

9) Operaio C. D., di anni 36. Da tre anni addetto a vari reparti della fabbrica di seta artificiale. Accusa formicolio ai piedi, dolori alle ginocchia, astenia agli arti inferiori.

Tremore alle mani.

F. P. 22 % —; 78 % +.

10) Operaio L. A., di anni 48. Da un anno e mezzo ai lavaggi. Non presenta attualmente particolari disturbi; ma nello scorso maggio era stato ricoverato in Clinica per mialgie agli arti inferiori. Non presenta tremore.

F. P. 25 % —; 75 % +.

11) Operaio B. A., di anni 25. Da due anni in fabbrica: per circa sette mesi in filatura e candeggio.

Attualmente accusa debolezza e lievi dolori agli arti inferiori.

G. R. 6.000.000; E. 80; V. G. 0,66; G. B. 7.000; linfociti 44 %; F. P. 45 % —; 55 % +.

12) Operaio G. A., di anni 27. Da quattro anni e mezzo in filatura. Non accusa particolari disturbi. Modico tremore alle mani.

Linfociti 32 %; F. P. 32 % —; 68 % +.

13) Operaio B. F., di anni 33. Da tre anni addetto in fabbrica di seta artificiale, ove passò attraverso vari reparti, dopo di essere rimasto per due anni in torcitura.

Accusa solo lievi dolori gastrici.

Linfociti 43 %; F. P. 43 % —; 57 % +.

14) Operaio B. G., di anni 31. Da quattro anni e mezzo in filatura. Due anni fa ebbe un accesso di melanconia. Nella primavera 1930 fu ricoverato in Clinica. Presentava: tremore bilaterale agli arti superiori, a tipo parkinsoniano. Troclea bilaterale più accentuata a destra. Parola a volte scandita. Scrittura a tipo parkinsoniano. Non micrografia.

Attualmente presenta modico tremore alle mani. Lieve troclea bilateralmente.

G. R. 5.550.000; E. 75; V. G. 0,68; G. B. 4.300; linfociti 31 %; F. P. 29 % —; 71 % +.

15) Operaio A. L., di anni 35. Da tre anni e mezzo in filatura. Un anno addietro venne colpito da formicolio alle mani ed astenia agli arti inferiori e superiori. Attualmente dichiara di sentirsi molto migliorato.

G. R. 4.500.000; E. 70; V. G. 0,77; G. B. 10.000; linfociti 30 %; F. P. 30 % —; 70 % +.

In tutti i quindici casi diminuzione dell'istinto sessuale.

Considerando la differenza tra il percento dei linfociti ed il percento delle cellule bianche del sangue che presentano la R. P. negativa in otto degli individui esaminati la rileviamo oscillante dal 7 % al 23 %. Tale differenza è quella che effettivamente rappresenta l'indice della diminuzione della R. P.; perchè, come è noto, la R. P. è normalmente positiva in tutti i globuli bianchi esclusi i linfociti. Se quindi il percento delle cellule bianche del sangue perossidasinegative è superiore a quello

dei linfociti, è evidente che una parte dei globuli bianchi, che non sono linfociti, non posseggono i granuli di perossidasi come normalmente avviene. Insistiamo, perciò, ancora una volta sull'importanza, secondo noi, di studiare non solo la negatività o la positività della R. P., ma altresì di valutare il suo grado, facendo una vera e propria « formula della perossidasi ». Sinora soltanto Suzucki (citato da Rosenow) ha parlato di indebolimento della R. P., ma non ci consta che si sia preoccupato di fare una formula.

L'attenuazione della R. P. l'abbiamo rilevata però non soltanto in quegli individui che presentavano segni clinici di compromissione dello striato, ma anche in altri che accusavano soltanto i più comuni disturbi del solfocarbonismo e persino in alcuni che non presentavano nemmeno il tremore parkinsonsimile.

D'altra parte la R. P. è normale in individui che presentano tremore evidente e persino in un caso nel quale abbiamo rilevato anche la troclea dentata bilateralmente. Su un altro, invece, la diminuzione della R. P. è molto evidente, pur trattandosi di un operaio che mai ebbe occasione di lavorare nei reparti nei quali c'è notevole e diretta diffusione del CS_2, ma solo vicino ad essi. Evidentemente in questo paziente, che ebbe a soffrire anche di forti disturbi, giocano altri fattori che hanno favorito l'intossicazione, possibile, come è noto, in qualsiasi reparto in individui particolarmente sensibili. Qui forse è da incriminarsi la giovane età del paziente, ma più che tutto, noi crediamo, lo struma di cui è affetto.

Dalle nostre ricerche, poco numerose, purtroppo, per le difficoltà frapposte dagli industriali stessi, dobbiamo concludere che uno dei segni importanti del solfocarbonismo è l'attenuazione della R. P., o meglio l'esistenza in circolo di globuli bianchi privi di perossidasi. Questa diminuzione è però indipendente dall'esistenza o meno dei segni clinici a carico dello striato. In altre parole, il centro della perossidasi può essere leso o per lo meno disturbato nel suo equilibrio funzionale indipendentemente dagli altri centri, che talora (Quarelli, Audo-Gianotti) sono colpiti nel solfocarbonismo.

Dai nostri rilievi ematologici risulta ancora che tutti gli operai che furono sottoposti al conteggio sono ben sanguificati e forniti di un numero di eritrociti superiore a 5.000.000 per mm^3, meno uno, che ne ha 4.500.000. In massima poi il percento dei linfociti è leggermente aumentato. Non essendoci, però, prefissi di entrare nei problemi dell'ematologia del solfocarbonismo non vogliamo discutere questi valori; ci limitiamo perciò ad avanzare l'ipotesi che, come per la perossidasi, i centri mesencefalici non siano estranei a questi fatti, ma che probabilmente, non avendo noi riscontrato un parallelismo tra il comportamento della F. P. e della eritrocitosi tossica nonchè della linfocitosi, i centri vegetativi encefalici, che presiedono a questi diversi quadri ematologici, abbiano una certa indipendenza fra loro.

RIASSUNTO.

Gli AA., studiando il comportamento della R. P. in quindici individui affetti da intossicazione da CS_2 e traendone una opportuna formula, mettono in evidenza in otto di essi una netta diminuzione della reazione stessa, che riferiscono all'azione del CS_2 industriale sui centri mesencefalici.

BIBLIOGRAFIA.

CALLIGARIS G. *Cervello ed ematopoiesi.* Rif. Med., XLIV, 49, 1595, 1928.

LÉCHELLE P., DONADY D. et JOSEPH. Pr. Méd., n. 27, 425, 1928; n. 17, 300, 1931.

LHERMITTE J. et PEYRE E. Revue Neur., XXXVI, 2, 286, 1930.

MOSER R. *Zur Frage eines zentralvegetativen Blutregulationszentrums.* D. M. W., LVI, 29, 1209, 1930.

RIETTI F. *Sulla regolazione cerebrale della crasi sanguigna.* Min. Med., XXII, 20, 753, 1931.

SIMMEL H. *Ueber striäre Blutsyndrome bei einem Falle von schwärer Chorea.* M. M. W., LXXVIII, 16, 1660, 1931.

GUILLAIN G., LÉCHELLE P., GARCIN R. *La polyglobulie de certains syndromes hypophysaires et hipophyso-tubériens.* Comptes rendus de la Société de Biologie, tome CVI, n. 78, 515, 1931.

M. NATHAN. *Erytremies protopathiques et Diencéphale.* La Presse Médicale, n. 22, 18 marzo 1931.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Istituto di Radiologia Medica della R. Università di Roma.
Direttore: Prof. A. BUSI.

Radiumterapia in un caso di sarcoma delle ghiandole inguinali di destra, con metastasi ossee e polmonari.

ANGELO SANTORO, aiuto.

B. B., di anni 29, ammogliato, con prole vivente e sana. Nega lue. Reazione di Wassermann sul siero di sangue negativa. Nulla di notevole nell'anamnesi personale e famigliare. Nel 1927 notò una piccola tumefazione ghiandolare mobile all'inguine di destra, della grandezza poco più di

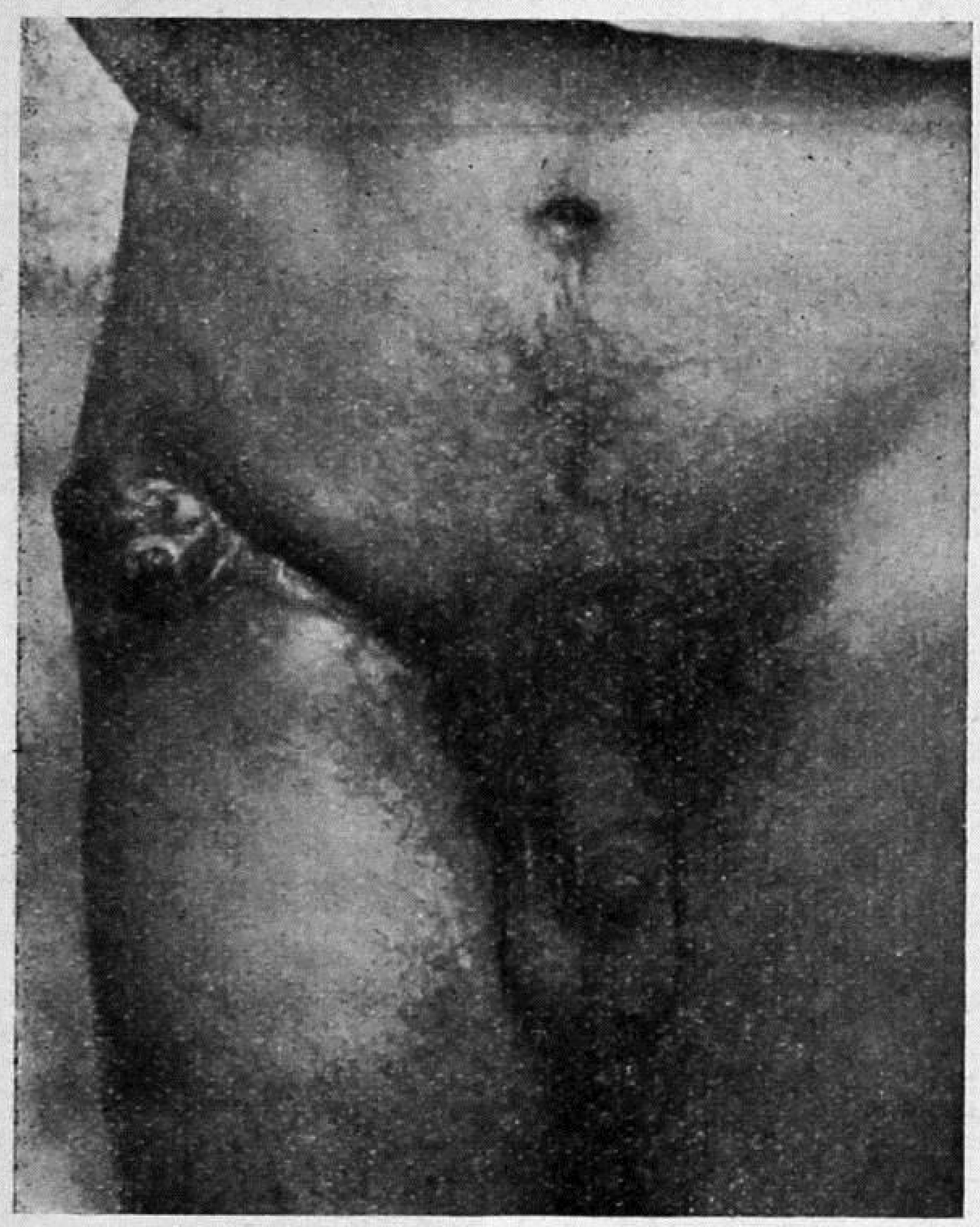


FIG. 1.

una noce, che curò con pomate allo iodio e all'ittiolo. La piccola ghiandola, a dir dell'infermo, scompariva per alcuni mesi, per poi tornare a manifestarsi. Così fino ai primi del 1928. In tale epoca però la tumefazione incominciò a crescere rapidamente, sì che nell'ottobre era già del volume di un grosso arancio, bitorzoluta ed ulcerata. Fu allora da un chirurgo asportata. La breccia operatoria, ampia e profonda, guarì per seconda intenzione, ed impiegò circa cinque mesi per cicatrizzare. L'esame microscopico del pezzo asportato mise in evidenza trattarsi di una forma neoplastica, e fu perciò consigliata la Röntgenterapia. Questa fu compiuta in un Istituto privato, da cui non ho potuto avere informazioni dirette; ma il p. narra che gli furono praticate due irradiazioni mensili, della durata di 20 m'. ciascuna, una al davanti ed una al di dietro della radice della coscia, per dodici mesi consecutivi. Queste applicazioni però a nulla giovarono, giacchè in corrispondenza della cicatrice operatoria veniva formandosi già durante la cura una nuova tumefazione simile, per forma e per volume, alla prima.

Per tale motivo il p. nel maggio 1930 chiese ricovero in un padiglione di chirurgia (II Padiglione al Policlinico Umberto I, in Roma), donde, dopo un mese di osservazione, fu inviato al nostro Istituto il 14 giugno 1930.

Al nostro esame il p. si presentava in condizioni generali molto deperite, fortemente anemico, e claudicante. Si notava una lieve ipotrofia dell'arto inferiore di destra, specialmente accentuata al polpaccio. Il p. accusava anche disturbi alla defecazione, per ostacolo alla emissione delle feci. In corrispondenza della regione inguinale di destra, verso l'esterno, si vedeva una grossa tumefazione bernoccoluta della grandezza di un pugno, che risultava costituita da un agglomerato di masse rotondeggianti saldate assieme, ed in più

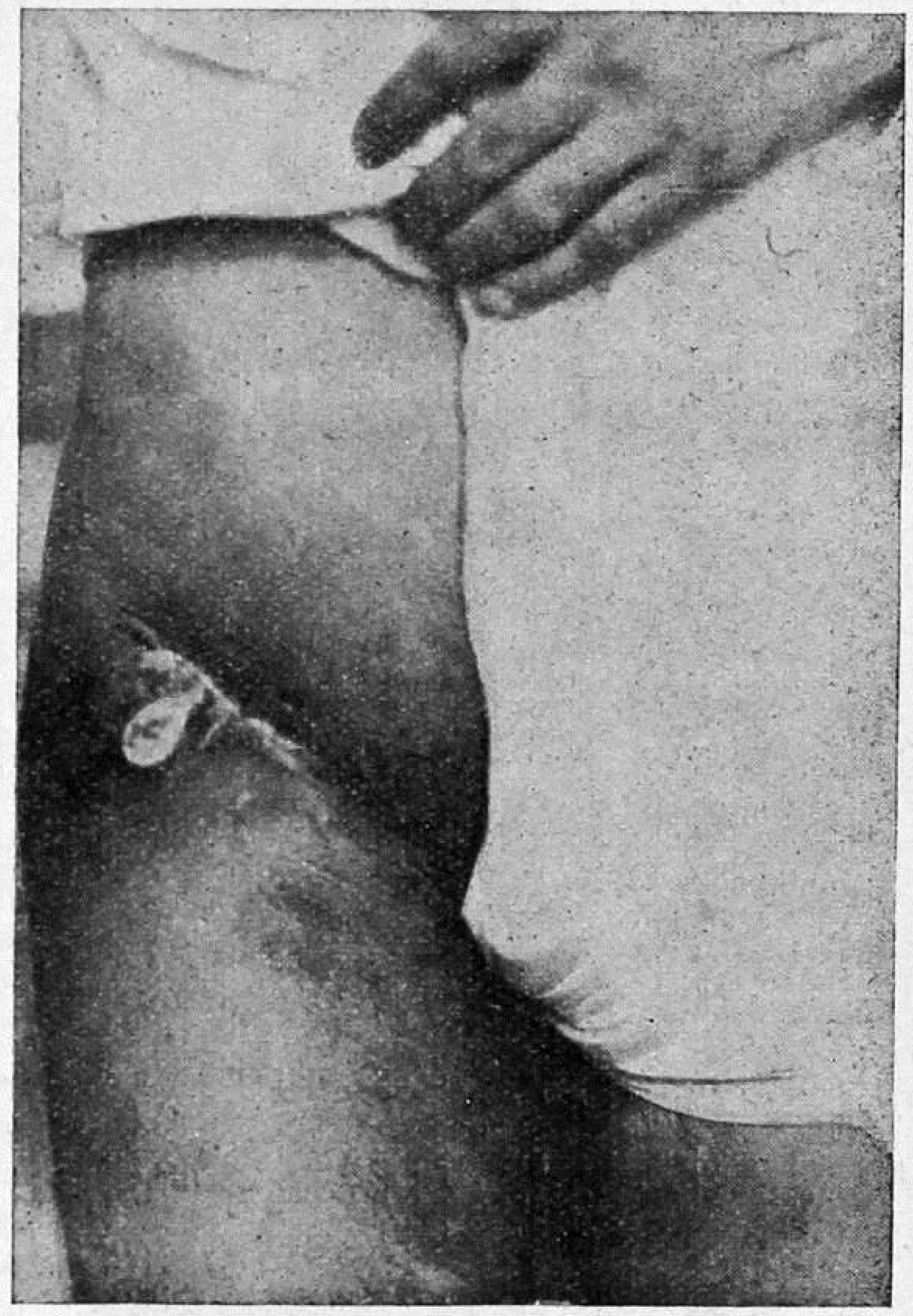


FIG. 2.

punti ulcerata (vedi fig. 1). Le ulcerazioni presentavano bordi tagliati a picco, e fondo rilevato (a fungo) di aspetto carnoso, poco sanguinante e poco dolente. La massa era aderente ai tessuti sottostanti, e di consistenza duro elastica. Più internamente, e subito al di sotto della linea inguinale, quasi nel mezzo della radice della coscia, appariva un'altra grossa tumefazione, aderente ai piani sottostanti, ma non alla cute, del volume di una mezza arancia. Linee di cicatrici, indicavano la pregressa operazione. All'esplorazione digitale del retto si avvertiva una grossa tumefazione che restringeva il lume intestinale, ed occupava la fossa ischio-rettale di destra, poco mobile, del volume e forma di un limone.

L'esame microscopico di un frammento, prelevato dalla regione ulcerata, mise in evidenza un tessuto con struttura molto vicina a quello linfoide, costituito da piccole cellule rotonde, povere di protoplasma e provviste di nucleo, dove rotondo, dove ovale, con uno o più nucleoli, annidate in uno stroma a reticolo delicato, costituito da sottili ed esili fibrille. Si notava qualche cellula

eosinofila e inoltre qualche cellula a nuclei multipli paragonabile a cellule giganti.

Fu iniziato subito il trattamento con il Radium. Mediante apparecchio in garza, capace di avvolgere anteriormente la regione inguinale e posteriormente le regioni perineale e glutea, si disposero 100 mm. Rae, su 10 fuochi, 5 davanti e 5 di dietro, alla distanza di 3 cm. dalla pelle, con filtro corrispondente a 2 mm. di Pt., ed alla distanza di 8 cm. l'un dall'altro. Il trattamento durò 20 giorni e fu sospeso per il notevole eritema.

Già dopo 5 giorni dal trattamento, la tumefazione inguinale esterna era ridotta della metà. Alla fine della irradiazione essa era quasi completamente scomparsa, e residuava una ulcerazione piana con tendenza alla riparazione (vedi fig. 2). Anche il tumore pararettale era notevolmente diminuito di volume, e la defecazione avveniva più facilmente.

Nell'agosto seguente, ossia dopo due mesi, la tumefazione inguinale esterna era completamente scomparsa e l'ulcerazione cicatrizzata (vedi fig. 3); della tumefazione interna non residuava alcuna traccia; un piccolo nodulo duro della grandezza di una nocciola si avvertiva alla esplorazione rettale. Le condizioni generali del p. erano migliorate di molto; scomparso lo stato anemico.

Questo benessere si mantenne, con un notevole aumento di peso, fino al novembre 1930, in cui fu ripetuta una irradiazione sulla radice della coscia destra, con le stesse modalità della prima volta, a scopo integrativo.

Ma ai primi di dicembre 1930 il p. incominciò a notare dolori all'arto inferiore di sinistra che presto divennero fortissimi. Tornato a noi il giorno 15 gennaio 1931, nella quasi impossibilità di camminare, e con spiccata ipotrofia dell'arto dolente, fu praticato un esame radiografico, e fu riscontrata una vasta lesione del terzo superiore del femore di sinistra, che nella proiezione anteroposteriore (vedi fig. 4) si manifestava con un evidente disordine, associato a trasparenza e rarefazione, della struttura trabecolare, e con rigonfiamento dell'osso. Il periostio si presentava irregolarmente proliferato ed addensato, ed in qualche punto scollato. Nella proiezione laterale (vedi figura 5) si notava da un lato la usura di un tratto di corticale, mentre dalla parte opposta questa appariva lievemente addensata, con la superficie interna corrosa ed irregolare, e la esterna rivestita da un periostio ispessito. La cavità midollare si mostrava nel tratto leso notevolmente più trasparente e senza netti confini.



FIG. 3.

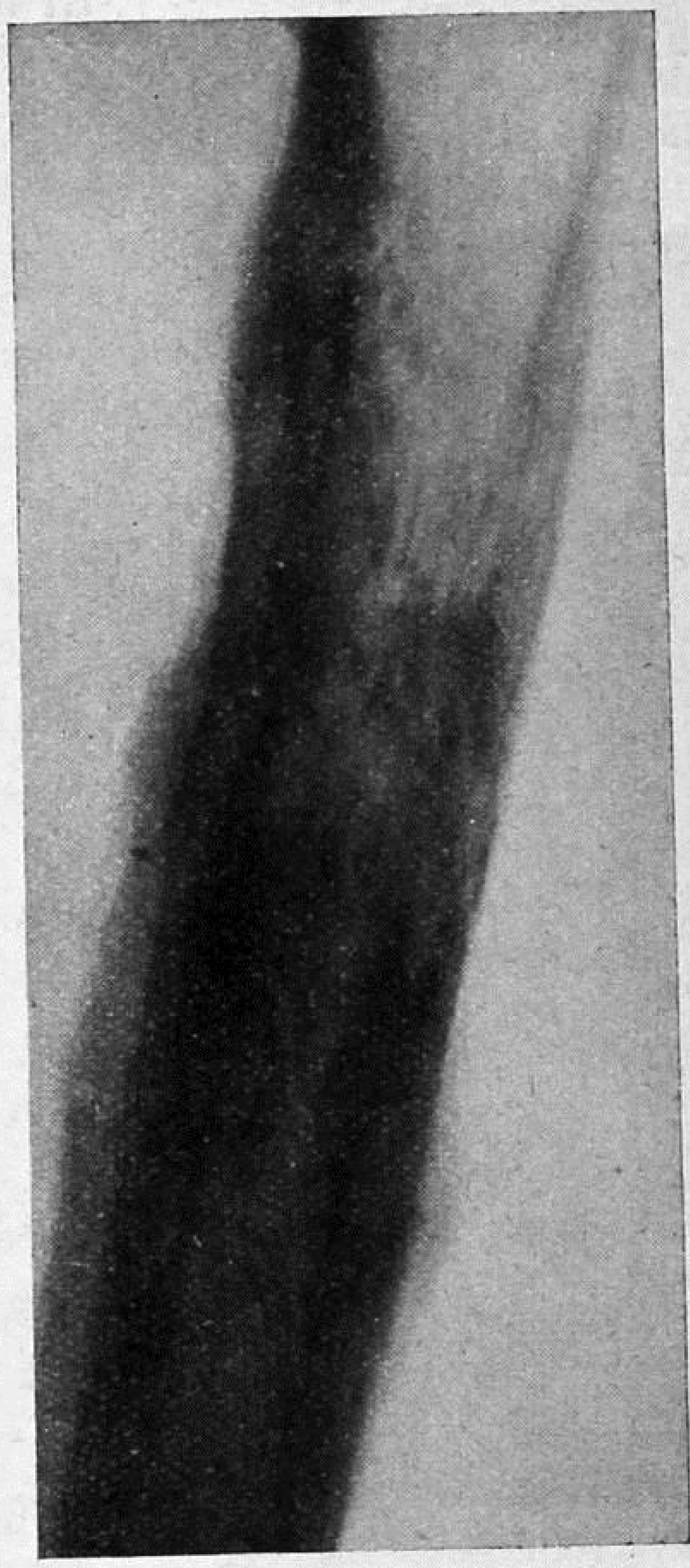


FIG 4.

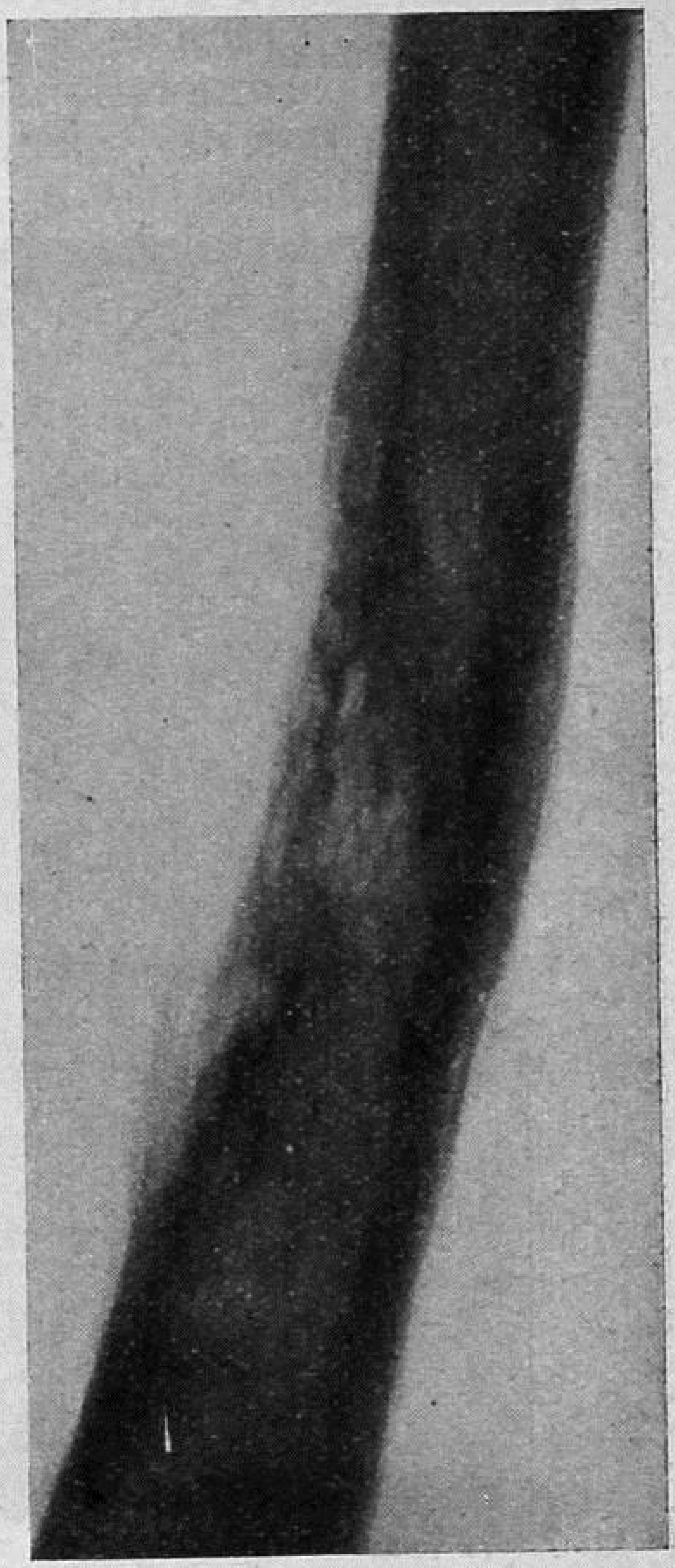


FIG. 5.

Fu ritenuto necessario allora un esame radiografico del torace, ed esso fece rilevare in corrispondenza della regione polmonare superiore, in confine con la regione media, un nodulo, discretamente opaco, rotondo, a contorni ben netti, della grandezza di una noce (vedi fig. 6).

Il 19 gennaio fu iniziato il trattamento radiumterapico alla coscia. In mancanza di una quantità sufficiente di radio, già impegnato altrove, fu da me allestito un apparecchio in garza con 6 fuochi da 5 mmg. Rae. ciascuno, a scacchiera ed alla distanza di 8 cm. l'un dall'altro, e 3 cm. dalla pelle. L'apparecchio fu tenuto in posto 3 settimane; ogni giorno era cambiato di posizione, e veniva successivamente applicato sulla regione anteriore, sulla laterale esterna, e sulla posteriore della coscia. Già durante la irradiazione, il p. cominciò a migliorare; il dolore gradatamente scomparve, ed alla fine del trattamento il p. potè cam-

minare senza difficoltà. Fu inviato a casa il 6 febbraio 1931.

Tornò a noi il 10 aprile seguente: condizioni generali floride, ipotrofia della gamba lesa quasi

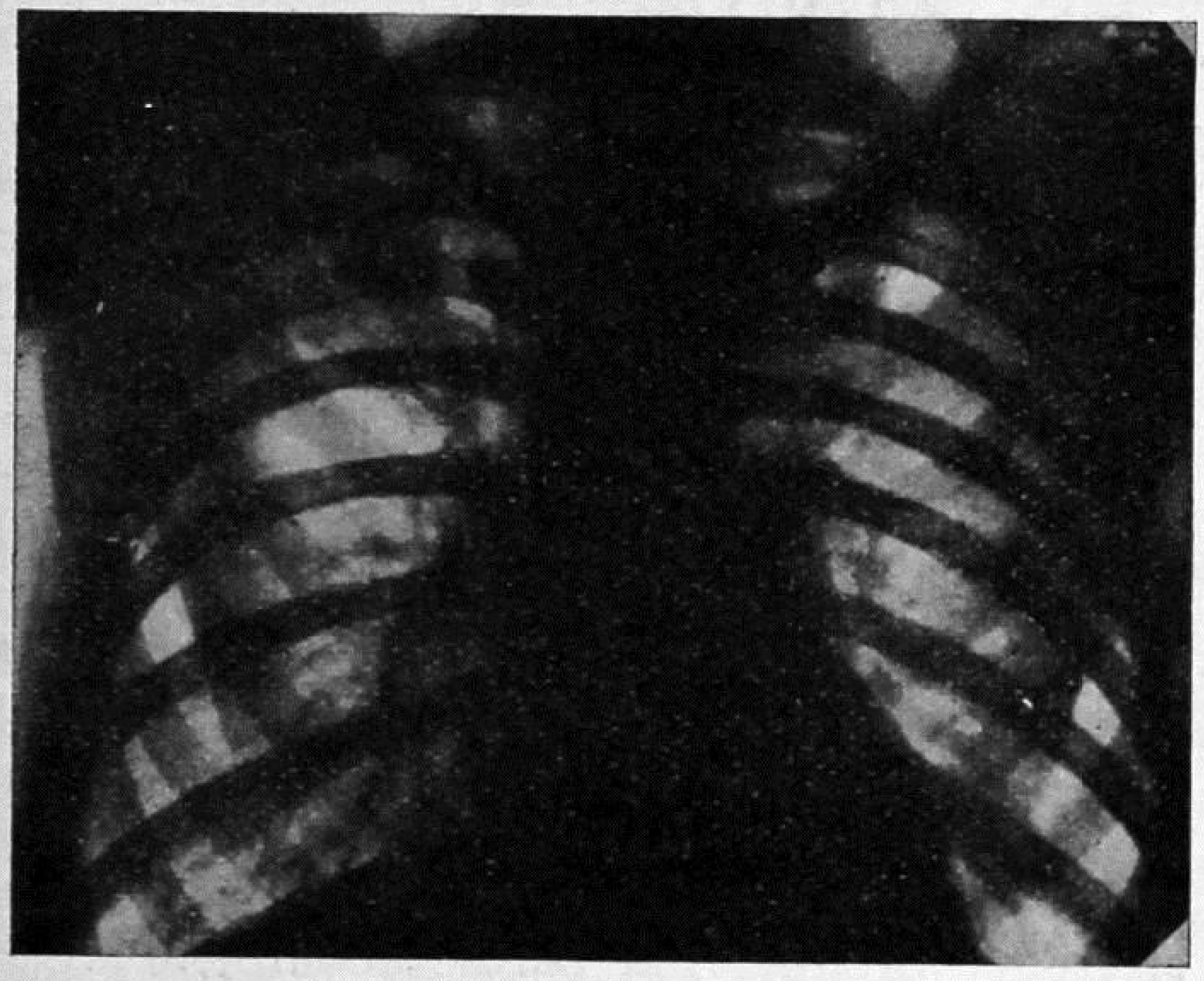


FIG. 6.

completamente scomparsa, possibilità di camminare senza dolore. Le radiografie del femore sinistro misero in evidenza un attivo processo di riparazione. Nel radiogramma fatto in proiezione ventro-dorsale (vedi fig. 7) si poteva notare la scomparsa della zona di rarefazione, ed un parti-



FIG. 7.

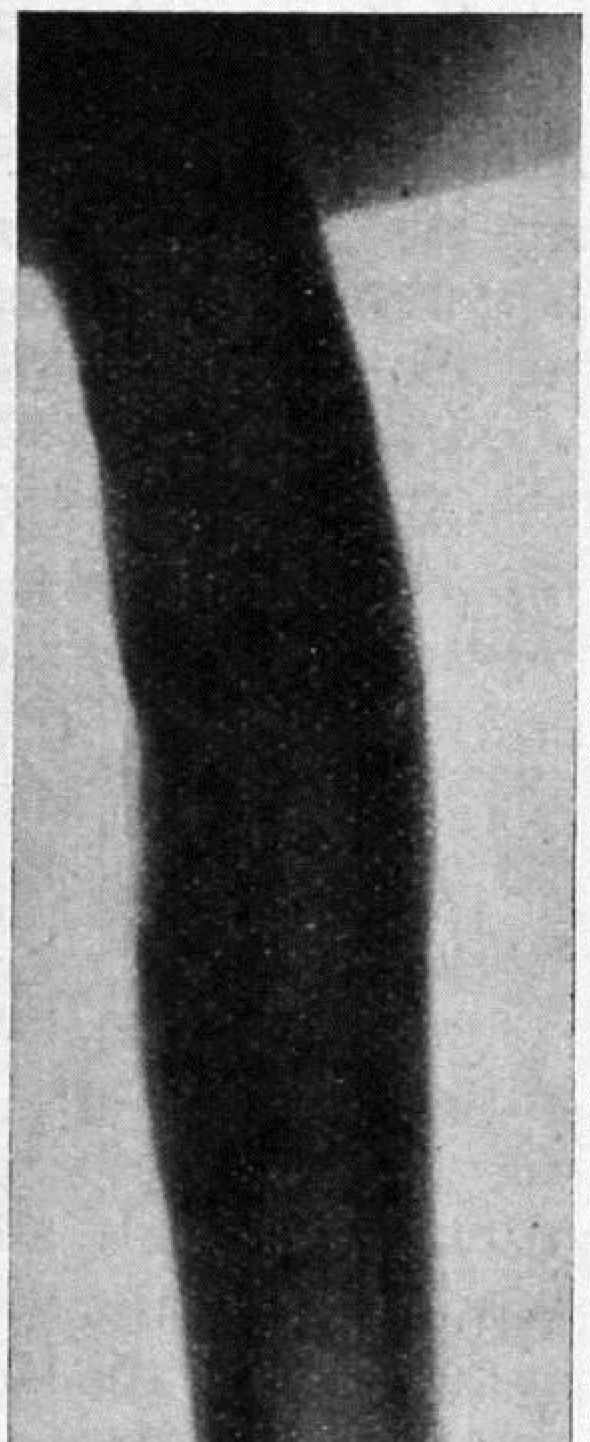


FIG. 8.

colare addensamento della corticale: il canale midollare riprendeva i suoi contorni. Questi fatti si vedevano ben manifesti anche nella proiezione laterale, nella quale la parte di corticale corrosa si presentava riparata e sostituita da una parete ispessita e densa che delimitava più o meno regolarmente il canale midollare. Le proliferazioni e gli addensamenti periostali erano diminuiti, fin quasi a scomparire (vedi fig. 8).

L'esame della regione inguinale mostrava uno stato di perfetta guarigione clinica. L'esplorazione

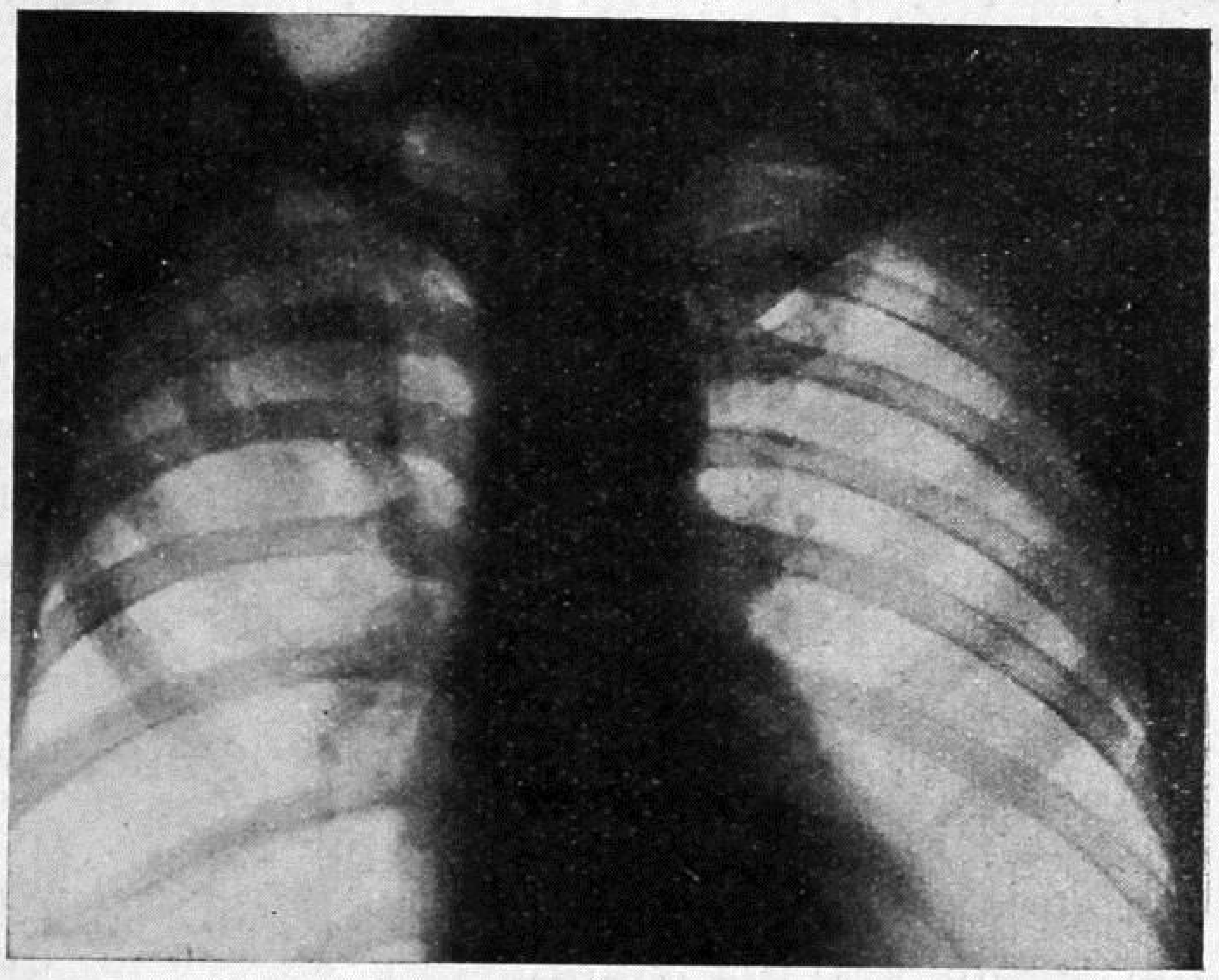


FIG. 9.

rettale metteva in evidenza la completa scomparsa della tumefazione avanti descritta.

Date le condizioni generali e locali buone si stabilì di praticare anche la irradiazione toracica, tanto più che un radiogramma ripetuto l'11 aprile 1931, metteva in evidenza un notevole ingrandimento del nodulo polmonare (vedi fig. 9). Su apparecchio in garza che ricopriva tutto l'emitorace di destra, fino ad arrivare alla regione parasternale di sinistra, furono disposti, alla distanza di 8 cm. l'un dall'altro, e 3 cm. dalla pelle, sette fuochi radioattivi di 10 mmg. Rae. l'uno, con filtro corrispondente a 2 mm. di Pt. L'apparecchio fu messo a posto l'11 aprile e fu tenuto per 15 giorni consecutivi, fino a raggiungere l'eritema massimo. Appena terminata la irradiazione del

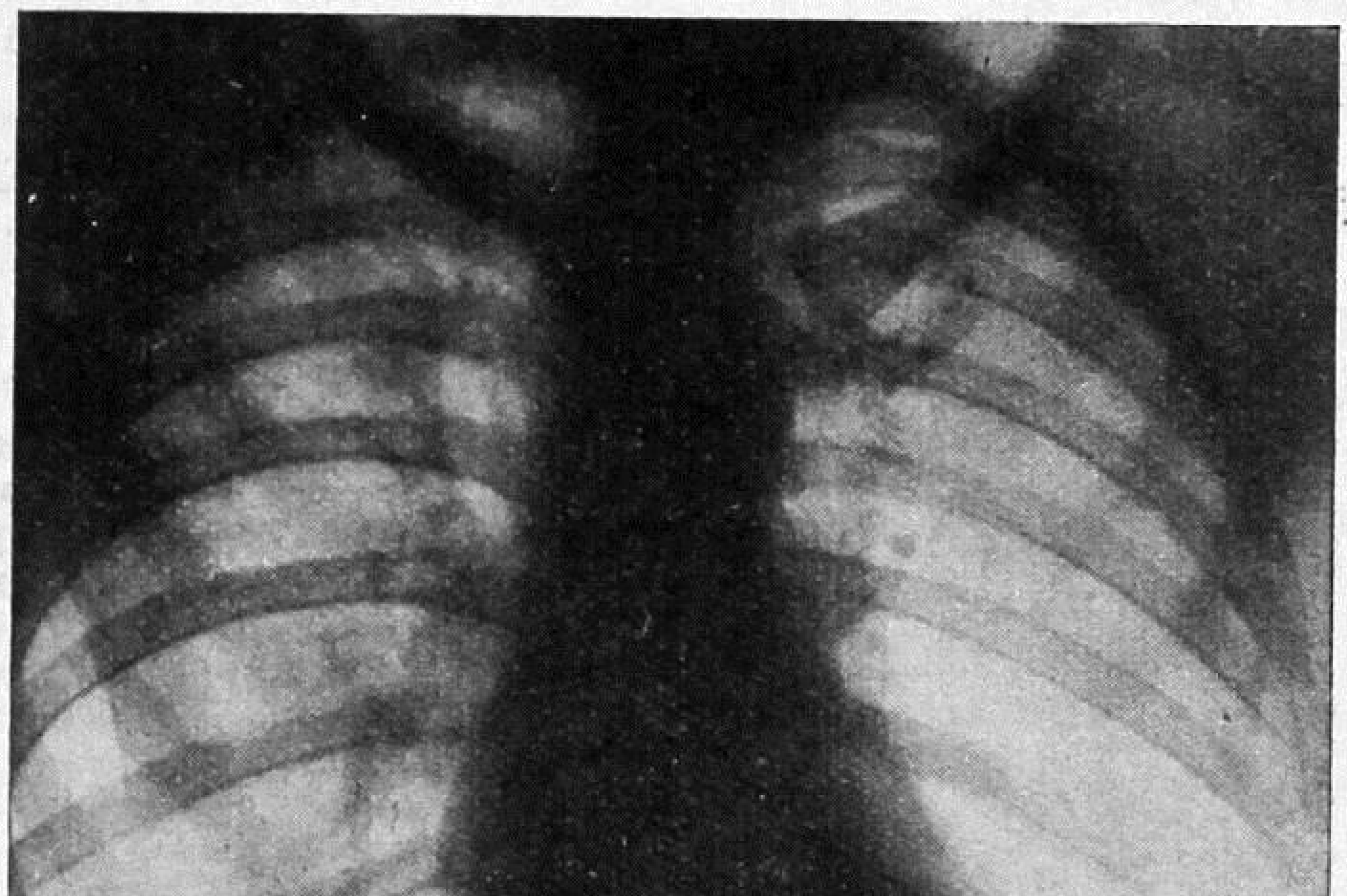


FIG. 10.

torace, fu applicato, a scopo integrativo, un uguale apparecchio, e con la stessa quantità di radio sulla coscia sinistra. Questo apparecchio fu lasciato 5 giorni sulla regione anteriore, 5 giorni sulla regione laterale esterna e 5 giorni posteriormente. Dopo di che si sospese definitivamente l'irradiazione, e si inviò il p. a casa.

Alla metà di giugno furono ripetuti i radiogrammi sia della regione femorale sinistra, che del torace. Il femore si presentava in condizioni pressochè simili a quelle già descritte in precedenza. La radiografia del torace mostrava la scomparsa del nodulo, di cui residuava solamente una piccola traccia in basso (v. fig. 10). Guarite permanevano le lesioni inguinali e quella pararettale.

Attualmente, luglio 1931, il p. gode ottima salute, è florido, mangia di buon appetito, attende alle sue mansioni (è cuoco), non zoppica affatto, ed è cresciuto di 6 kg. di peso.

I risultati ottenuti dunque si possono così riassumere: guarigione clinica delle localizzazioni inguinale e pararettale da oltre un anno; guarigione clinica della localizzazione femorale da oltre 6 mesi, scomparsa del nodulo polmonare da oltre 3 mesi.

Il caso si presenta di particolare interesse sia dal lato diagnostico che terapeutico.

L'andamento clinico della malattia e l'esame istologico del frammento asportato dal tumore ulcerato, fanno propendere per la diagnosi di sarcoma linfoblastico, originariamente impiantato su una linfoghiandola inguinale, donde si è diffusa nel senso della direzione della corrente linfatica alle ghiandole viciniori, e per la via sanguigna, agli organi lontani (femore, polmone).

Roma, luglio 1931.

RIASSUNTO.

L'A. presenta un caso di sarcoma delle ghiandole inguinali di destra, in soggetto di 29 anni, con metastasi al cellulare pararettale, al femore di sinistra ed al polmone di destra in cui il trattamento radium-terapico ha condotto a risultati così favorevoli, da permettere al p. di riprendere le sue occupazioni abituali di cuoco.

TRIBUNA LIBERA

CLINICA MEDICA DI ROMA.

Ricerche sulla secrezione esterna del pancreas nel diabete.

Ho letto nel « Policlinico » sez. pratica di quest'anno, e precisamente nel n. 4, un « lavoro originale », eseguito nella Clinica Medica di Catania dalla d.ssa Iacono, riguardante « ricerche sulla secrezione esterna del pancreas nel diabete ». Il riassunto dell'articolo dice:

« *In 8 diabetici, da me presi in esame, la diastasi e la lipasi sono state in diminuzione, mentre la tripsina ha avuto pressochè valori normali. Il trattamento insulinico ha rialzato sensibilmente i valori diastasici e lipasici* ».

Come preambolo al lavoro è detto: « lo studio della funzionalità esterna pancreatica non può dirsi approfondita » « esistono solo poche ricerche, in massima parte incomplete ».

Sta di fatto che io fin dal 1924 intrapresi una serie di indagini clinico-sperimentali sui rapporti fra secrezione interna ed esterna del pancreas.

La serie delle pubblicazioni in proposito fu iniziata nel 1924 (il lavoro consegnato nel secondo semestre 1924 fu pubblicato nei primi mesi del 1925), con uno studio di 23 pagine a stampa, nel periodico « I problemi della nutrizione ». Il lavoro portava il titolo « *Insulina e secrezione esterna del pancreas - Azione dell'insulina sulla secrezione esterna del pancreas nel diabete mellito* ». Il suo riassunto, espresso in poche proposizioni, diceva testualmente:

« *Nel diabete mellito, clinicamente e chimicamente accertato, si ha una notevole diminuzione della attività dei tre enzimi (attività diastasica, tripsinica, lipolitica).*

« *L'insulina iniettata nei diabetici accresce in misura notevole l'attività degli enzimi pancreatici* ».

Questo primo lavoro (al quale ne fecero seguito diversi altri) fu recensito ampiamente nel « Policlinico », sez. pratica, nel 1926, pagina 771. Negli stessi anni i successivi lavori vennero annunziati nei diversi Congressi della Soc. Ital. di Medic. Interna. Nel 1928, infine, la « Presse médicale », nel n. 21, pagina 325, pubblicò un esteso « *mouvement médical* » nel quale il gruppo dei miei lavori sotto il titolo « *Insuline et sécrétion externe du pancreas* » era minutamente esaminato e commentato. L'A. dopo aver messo in evidenza i miei risultati conclude: « *les recherches récentes, tant françaises qu'étrangères, nous permettent maintenant de doser avec beaucoup plus d'approximation l'activité des ferments pancréatiques. Elles nous on montré*

que cette activité diminuait beaucoup dans le diabète et pouvait augmenter à nouveau par la cure d'insuline, etc. ».

E, s'intende, di questi lavori « *étrangères* », cioè miei, nel *lavoro originale* della d.ssa Iacono, non è fatto neppure la più lontana menzione.

Roma, 26 gennaio 1932-X.

Prof. Remo Monteleone.

SUNTI E RASSEGNE.

SANGUE E ORGANI EMOPOIETICI.

Il sistema nervoso centrale e la formula sanguigna.

(M. R. Castex. *La Prensa Medica Argentina*, 20 agosto 1931).

L'influenza del sistema nervoso centrale sulla formula sanguigna è un fatto di recente conoscenza, basato sopra esperimenti ed osservazioni anatomo-cliniche.

Le oscillazioni reazionali regolari della formula bianca sanguigna sono state riscontrate in numerosi quadri clinici di indole assai varia. Onde precisare la etiofisiopatogenesi di tali oscillazioni reazionali regolari, si è ricorso all'esperimento biologico con i seguenti risultati:

L'introduzione nell'uomo o nel coniglio di proteine batteriche provoca febbre alta, intensa leucocitosi assoluta, con neutrofilia e deviazione della formula leucocitaria a sinistra con reazione mieloidea, seguita da caduta della temperatura e dei polinucleari neutrofili ed apparizione di una linfocitosi relativa.

Ad egual risultato si giunge con la introduzione di proteina omologa che giunga a contatto dei tessuti o nel sangue in forma differente dalle condizioni fisiologiche.

In conigli però nei quali sia stata sezionata la midolla cervicale, la iniezione di proteina batterica non determina modificazioni nè della temperatura nè della formula leucocitaria. Tali reazioni si verificano invece negli animali nei quali sia stata solo praticata la emisezione della midolla cervicale.

Sorse perciò il sospetto che le oscillazioni termiche e quelle della composizione morfologica del sangue obbediscano a determinismi centrali nervosi.

Vari fatti hanno avvalorato tale sospetto: leucocitosi riscontrata in individui nei quali, a scopo radiologico era stata introdotta aria nei ventricoli cerebrali; leucocitosi ottenuta nel coniglio con la puntura della regione diencefalica; leucocitosi con deviazione a sinistra e tendenza mieloidea.

Esisterebbero dunque dei centri vegetativi cerebrali che intervengono nella costituzione morfologica del sangue.

Altre esperienze inoltre hanno provato che la leucocitosi provocata in seguito ad introduzione di proteine batteriche non è dovuta alla febbre, ma risponde ad una influenza diretta del sistema nervoso centrale.

Un dato anatomo-clinico che parla in favore della esistenza di un centro vegetativo cerebrale per la regolazione sanguigna è la riscontrata leucocitosi con neutrofilia in parkinsoniani post-encefalitici stazionari e in casi di tumore mesencefalico.

Diversi fatti clinici e sperimentali, parlano anche per la esistenza di centri encefalici regolatori della cifra dei globuli rossi nel sangue circolante: la apparizione di poliglobulia nel corso della encefalite letargica; la durevole poliglobulia ottenuta ledendo nel coniglio la zona prossimale dei centri vegetativi cerebrali; la frequente comparsa di normoblasti dopo la puntura cerebrale sperimentale.

L'A. nel 1929 e 30 sostenne la patogenesi neuro-vegetativa centrale di certe eritrocitosi, basandosi su osservazioni cliniche e fatti clinico-anatomici e giunse alla conclusione che la esistenza di encefalopatie diverse con poliglobulia, era un appoggio alla ipotesi dell'influenza del sistema nervoso centrale sulla regolazione del sangue.

Successivamente altri studiosi ammisero probabile l'esistenza di un centro cerebrale regolatore della eritropoiesi non ancora esattamente localizzato.

L'A. insieme col suo allievo dott. Ontaneda ha compiuto delle ricerche sulla influenza della puntura della cisterna, sulla formula bianca e rossa del sangue.

I casi studiati furono venticinque.

Dall'analisi della formula bianca dopo 1/2 ora, un'ora, tre, sei, ventiquattro ore dopo la puntura, risultò: mancanza di oscillazioni entro la prima ora nel maggior numero dei casi e negli altri prevalenza della leucopenia sopra la leucocitosi; fra la 3ª e la 6ª ora le oscillazioni furono frequenti prevalendo la leucocitosi sulla leucopenia.

Nei riguardi della serie rossa fu notata una costante discesa del numero degli eritrociti che persistette nel 77,7 % dei casi, fin dopo la 24ª ora, accompagnata da oligocromemia costante.

I risultati così ottenuti sono, secondo l'A., una prova di più dell'intervento del sistema nervoso nella regolazione della formula sanguigna bianca e rossa. Vicentini.

Circolazione del midollo osseo e considerazioni sopra alcuni problemi di istofisiologia.

(M. E. Varela. *Revista Medica Latino-Americana*, sett. 1930).

L'A. fa osservare che dopo la prima pubblicazione di Neumann (1863) sulla funzione

citopoietica del midollo, pochi sono i lavori comparsi sopra l'istologia di quest'organo, poichè la maggior parte delle ricerche posteriori si sono rivolte allo studio della citologia e ontogenesi delle cellule sanguigne e non all'insieme strutturale del midollo, considerato come un organo a sè.

In questo lavoro, corredato da numerose bellissime microfotografie l'A. studia particolarmente la struttura e la topografia dei vasi sanguigni del midollo diafisario e ne trae alcune considerazioni isto-fisiologiche.

Per lo studio istologico dei vasi sinusoidi del midollo egli è ricorso al metodo di saturazione « in vivo » dell'endotelio vascolare con l'inchiostro di China: altro metodo usato è stato quello che consiste nel provocare la congestione passiva dell'organo per mezzo della legatura delle vene, metodo superiore a quello dell'iniezione di gelatina. Nei tagli già fissati ha usato la colorazione di Mallory; l'animale d'esperimento fu il coniglio.

Continuando le ricerche già praticate da Rindfleisch per stabilire se il reticolo dei sinusoidi è un seno aperto o chiuso, l'A. sostiene, basandosi sulle sue ricerche, che il reticolo vascolare del midollo osseo è completamente chiuso e che forse esso si apre in alcuni punti per far passare nella massa sanguigna circolante le nuove emazie e le nuove piastrine, le quali non hanno di per sè proprietà diapedetiche.

G. LA CAVA.

Osservazioni cliniche, ematologiche ed istologiche su di un caso di leucoeritrotisi.

(N. CH. LUPU e C. G. T. NICOLAU. *Le Sang*, 1931, n. 5).

Gli AA., dopo aver passato in rapida rassegna le varie classificazioni delle anemie, si fermano a considerare la speciale forma dell'anemia così detta « aplastica ». Essi riconoscono specialmente a Frank il merito di aver osservato che nell'anemia aplastica — un tempo considerata come varietà di anemia emotossica o come anemia emolitica — si ha una lesione primaria del midollo osseo con danno di tutti tre i sistemi, bianco, rosso e trombocitario, onde il concetto patogenico della « panmielotisi ». Questa ipotesi ha trovato il suo fondamento non solo nelle osservazioni cliniche, ma anche in ricerche sperimentali (anemia aplastica da benzolo, salvarsan, arsenico ecc.).

Frank non ammette che un'anemia da perdita di sangue possa in seguito decorrere come forma aplastica.

Gli AA. riferiscono lo studio di un caso clinico interpretabile come anemia aplastica. Si trattava di un agricoltore di 28 anni, ricoverato nella II^a Clinica Medica di Bucarest, in cattive condizioni generali, fortemente anemico, sofferente di gravi disturbi gastrici. La malattia, iniziata subdolamente, si era sviluppata in alcuni mesi, durante i quali l'infermo aveva avuto modiche ed irregolari elevazioni febbrili. Gli esami ematologici dimostrarono un'anemia progressivamente aggravantesi, senza segni di diatesi emorragica. I globuli rossi variarono da un massimo di 2 milioni ad un minimo di 560.000, l'Hb da 44 a 10, il val. glob. da 1,1 a 0,7, i globuli bianchi da 5400 a 2100 (linfocitosi relativa). Mancavano in circolo forme immature, sia della serie rossa che di quella bianca. Trombociti pressocchè normali.

Cinque trasfusioni di sangue, praticate sotto cute ed intravenose (in totale 960 cc. di sangue), non apportarono, a giudicare anche dalla tabella ematologica riportata, nessun beneficio. L'infermo morì dopo due settimane di degenza all'Ospedale.

L'autopsia dimostrò un'intensa anemia, senza segni di emorragie negli organi interni, che avevano subìto la degenerazione grassa, e senza tumore di milza. Il midollo osseo di colorito giallo-roseo sia nelle diafisi, che nelle epifisi, mostrò nella parte rossa rarissimi elementi del tipo mieloblastico o mielocitico, rarissimi ematoblasti ed emocitoblasti, mentre predominavano elementi a tipo linfocitario. Nel midollo giallo nessuna forma immatura.

Gli AA. osservano che il loro caso clinico, in cui le ricerche ematologiche ed istologiche confermarono la diagnosi di anemia aplastica, non può rientrare nel quadro della « aleucia emorragica » di Frank per la mancanza di uno dei caratteri essenziali: le emorragie. Invero le piastrine furono pressocchè normali e così pure il tempo di emorragia e di coagulazione. Essi ritengono che il loro caso possa considerarsi come una forma di anemia aplastica dissociata, cioè senza lesione del sistema trombocitario. Del resto Frank parla di una lesione che colpisce successivamente prima i leucociti, poi i globuli rossi ed in ultimo i trombociti. Nella « agranulocitosi » descritta da Schultz nel 1922, è interessato quasi esclusivamente il sistema granulocitico. Un caso di eritrotisi post-infettiva con integrità del sistema leuco e trombocitario fu descritto da Brenn.

Gli AA. si soffermano infine sulle reazioni cellulari osservate nel fegato e nella milza intorno ai piccoli vasi, i cui elementi, nelle colorazioni col Giemsa e con la reazione della perossidasi, si poterono identificare come mielociti, metamielociti, granulociti eosinofili e neutrofili.

Per la spiegazione del reperto istologico, gli AA. — riportandosi ad analoghe osservazioni ed alle teorie sul mesenchima — invocano una possibile metaplasia mieloide degli strati avventiziali dei piccoli vasi. Questa reazione metaplastica potrebbe essere dovuta sia al-

le stesse cause tossi-infettive che provocarono la « leucoeritrotisi », sia all'anemia stessa, per la incapacità rigenerativa del midollo, che potrebbe aver determinato una rigenerazione per metaplasia mieloide del mesenchima perivascolare, vestigia forse di una antica funzione.

A. Colarizi.

Valore dell'irradiazione e suo effetto sulla durata della vita nella leucemia mieloide cronica.

(J. Hoffmann, L. F. Craver. *The Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, 19 settembre 1931).

Non è ben nota la durata della leucemia mieloide cronica. Da un lavoro di Minot, Buckman e Isaacs comprendente 166 casi di leucemia, di cui 130 noti esattamente nei riguardi della durata, si può stabilire che nei malati non irradiati la durata media è di anni 3,04 e negli irradiati di anni 3,5.

Gli AA. hanno studiato dal 1917 a ora 82 malati di leucemia; di questi 75 sono morti e 7 sono ancora vivi. Tutti sono stati irradiati. L'età colpita oscilla fra 35 e 45 anni; il sesso più colpito è il maschile.

La durata dei sintomi prima che si facesse la diagnosi è stata varia: in 15 casi un mese, in 4 casi 12 anni, in 48 meno di un anno. La diagnosi difficilmente si fa prima che compaia la splenomegalia.

La durata media della malattia è stata di anni 3,36, avendosi oscillazioni da 16 anni a 6 mesi. Più di 1/3 dei malati è morto nei due anni, più della metà nei 3 anni. La durata della vita dopo la comparsa della splenomegalia è stata in media di anni 2,66 (con durata massima di 6 anni e minima di 6 mesi).

La durata media della vita dopo l'inizio della cura è stata di anni 2,62 (e non si trovarono differenze fra il gruppo dei malati che hanno avuto solo irradiazioni della milza e quelli che le hanno avute alla milza e alle ossa).

La ripetizione ciclica delle irradiazioni dà un miglioramento che può durare da pochi mesi ad un anno e qualche volta il miglioramento è tale da consentire una certa attività al malato. Il periodo terminale è rapido; l'ultimo peggioramento dura non più di sei mesi nell'85 % dei casi.

La durata media della vita è stata nei casi degli AA. del 30 % superiore ai casi irradiati di Minot. La durata di vita attiva è maggiore se le irradiazioni si fanno nella prima metà della malattia.

La durata media di vita attiva dopo l'inizio delle irradiazioni è stata di anni 2,13, cioè di circa 10 mesi superiore a quella che si ha nei malati non irradiati.

R. Lusena.

La cellula di Gaucher nel sangue periferico.

(G. Di Guglielmo. *Haematologica*, vol. XII, fasc. VI, 1931).

In questi ultimi anni si sono conseguiti notevoli progressi nello studio di alcune splenoepatomegalie, nelle quali si sono potuti mettere in rilievo due processi fondamentali, un'iperplasia del sistema reticolo-endoteliale e un'alterazione del metabolismo dei lipoidi, per cui si è parlato di *reticolo-endoteliosi* e di *lipoidosi* a seconda delle diverse concezioni patogenetiche.

Le *lipoidosi generali* sono stati morbosi caratterizzati dallo accumulo di lipoidi in organi diversi o in sistemi particolari, come quello reticolo-istiocitario. Attualmente se ne distinguono tre tipi principali, in ognuno dei quali l'accumulo è dovuto a un gruppo diverso di lipoidi, e precisamente, secondo Epstein:

1) *la lipoidosi cerebrosidica* o *morbo di Gaucher*, caratterizzata dall'accumulo di un lipoide del gruppo dei cerebrosidi e precisamente della cerasina;

2) *la lipoidosi fosfatidica o morbo di Neumann-Pick*, caratterizzata da un lipoide del gruppo dei fosfatidi e specialmente della lecitina;

3) *la lipoidosi colesterinica* o *morbo di Schüller-Christian*, caratterizzata dall'accumulo di colesterina: quest'ultima forma si conosce anche sotto il nome di *disostosi ipofisaria.*

L'A. ha potuto diagnosticare in vita, mediante biopsia della milza e del midollo osseo una forma di morbo di Gaucher in una bambina di 16 mesi, manifestatosi con cospicua splenomegalia, con epatomegalia e con intensa anemia ipocromica, secondaria, scarsamente rigenerativa.

Nei preparati per striscio di milza e di midollo osseo e nelle sezioni di quest'ultimo organo erano presenti numerose cellule di Gaucher con i tipici caratteri morfologici e microchimici, che permettono di differenziarle dagli elementi cellulari delle forme affini del gruppo delle lipoidosi generali.

Il caso descritto è il quarto della letteratura italiana (con diagnosi accertata) ma è il primo diagnosticato mediante biopsia, perchè gli altri non furono riconosciuti che al tavolo anatomico o in seguito all'esame istologico della milza asportata chirurgicamente. Ma quello che è più importante è che nel caso osservato è stato possibile constatare per la prima volta nel sangue periferico elementi cellulari scarsi, ma dotati dei caratteri morfologici delle cellule di Gaucher, quali si presentano nei diversi organi e specie nel midollo osseo. Questo nuovo reperto ematico, per quanto di non facile rilievo, potrà, se confermato, rappresentare un progresso nel campo della diagnostica delle epatosplenomegalie da lipoidosi generale.

G. La Cava.

Influsso del calcio sulla coagulabilità sanguigna e sulla formula ematica nei tubercolosi.

(G. RESINELLI. *Rivista di Patologia e Clinica della Tubercolosi*, 30 aprile 1931).

L'A. si è prefisso di studiare quali effetti possa avere la somministrazione del calcio sul tempo di coagulazione del sangue e sulla formula ematica.

Dopo aver dissertato e discusso le principali tesi sostenute nei più noti lavori di calcioterapia, l'A. illustra le conclusioni delle sue ricerche sperimentali. Per il tempo di coagulazione nota una notevole diminuzione della durata di esso (da 8 a 14 minuti). Questo può spiegare l'azione antiemogenica ed antiemoftoica del calcio.

Quanto alla crasi sanguigna l'autore ha notato un notevole miglioramento, con aumento di globuli rossi e con notevole accrescimento nella serie bianca degli elementi di difesa (spostamento di Arneth).

L'A. ha usato per le sue ricerche il « Calcio Giuliani », convinto che solo l'uso dei gluconati purissimi, possa essere tale da favorire il buon successo terapeutico, sulla crasi sanguigna, sia sul siero, che sugli elementi figurati.

A. B.

Il ferro nel sangue dei lattanti.

(I. A. KOTTIKOFF. *Lancet*, 8 agosto 1931).

L'A. ha studiato, a Leningrado, il contenuto in ferro del sangue di 20 lattanti al seno, sani, a cominciare dalla 2ª settimana di vita. La media fu di mgr. 61,8 di ferro per 100 cc. nel primo mese in 14 lattanti. La cifra più bassa si ebbe al 9° mese: 38,7. Secondo l'A. nelle prime 6 settimane si può ritenere normale una cifra oscillante come media fra 40 e 45 mg. La quantità di emoglobina è 1,87 volte quella del ferro. C'è un rapporto fra quantità di ferro e contenuto in calcio e potassio del sangue.

R. LUSENA.

FEGATO E VIE BILIARI.

Dati statistici concernenti 431 casi di cirrosi trattati e deceduti nei servizi di medicina di Ginevra dal 1900 al 1930.

(M. ROCH e H. WOHLERS. *Presse Méd.*, 12 settembre 1931).

Gli AA. hanno compiuto uno studio statistico della cirrosi su 431 casi controllati all'autopsia. Furono esclusi tutti i casi in cui la diagnosi fu posta solo in seguito ad esami microscopici. Dei 431 casi di cirrosi « evidente », 8 erano di cirrosi pigmentaria, 2 di cirrosi biliare, 3 di cirrosi macrolobulare. Restano 418 casi di cirrosi di Laënnec, dunque una proporzione del 97 %. Rispetto al sesso la proporzione degli uomini rispetto alle donne non è così grande come si sarebbe potuto credere: 65 % di uomini. L'età media della comparsa dei primi sintomi è di 53 anni e mezzo per l'uomo e di 54 e mezzo per la donna. L'età media della morte è rispettivamente di anni 55 e mezzo e 56 e mezzo. La sopravvivenza media è dunque di 2 anni per i due sessi, dal momento in cui la diagnosi fu stabilita.

L'alcoolismo è segnalato nel 56 % dei casi. Questa proporzione non risponde però alla realtà. Le donne non confessano volentieri la loro intemperanza, spesso gli assistenti che redigono l'anamnesi ritengono superfluo menzionare l'alcoolismo, ritenendolo circostanza etiologica banale e necessaria per la cirrosi.

Limitando la statistica ai casi osservati nel servizio di uno degli AA., si ottiene una proporzione del 100 %.

In un quarto dei casi il vino solo sembra in causa.

Particolarmente in causa sono quelle professioni che portano agli eccessi nell'uso degli alcoolici. Sembra che le abitudini di intemperanza siano meno nocive negli operai che lavorano all'aria aperta con grande dispendio di energia.

Il numero dei decessi per cirrosi, specie per gli uomini, tende a diminuire a partire dal massimo del 1908. Ciò è probabilmente da mettere in relazione con la legge del 1907 che proibiva l'assenzio in Svizzera. La guerra ha influito favorevolmente, a causa della relativa sobrietà dovuta alle circostanze economiche e morali. Riassumendo, le modificazioni annuali del numero dei cirrotici, conferma l'importanza primordiale dell'alcoolismo nell'etiologia della cirrosi.

Il 35 % dei cirrotici erano affetti da tubercolosi con lesioni in attività. Le cicatrici e le lesioni fibrose non furono considerate. La metà dei cirrotici tubercolotici erano affetti da peritonite o da ulcerazioni intestinali. Gli AA. pensano che queste lesioni devono essere considerate come relativamente tardive e spiegabili con la facilità con la quale si tubercolizzano gli alcoolisti.

La proporzione dei luetici è del 10 %, proporzione molto piccola per dare valore alla influenza della sifilide sulla etiologia della cirrosi.

Quanto all'importanza dei disturbi digestivi e all'ipotesi che l'alcool non determini la cirrosi agendo direttamente sul fegato ma per mezzo dei disturbi gastro-intestinali che provoca, la statistica degli AA. è insufficiente perchè quasi tutti i malati si erano lagnati di disturbi digestivi precoci, ma essi furono sempre attribuiti alla cirrosi, mentre sarebbe stato utile ricercare se la dispepsia aveva preceduto di molto la comparsa dei primi sintomi certi dell'affezione epatica.

Quanto alla frequenza dei vari sintomi, l'ascite fu osservata nel 46 % dei casi, la circola-

zione collaterale nel 23 %, l'ittero o il subittero nel 40 %. Le emorragie, epistassi, ematemesi, ecc. sono frequenti (38 % dei casi).

Furono osservate lesioni di nefrite cronica nel 17 % dei casi. Il tasso dell'urea del sangue è molto variabile secondo i malati. Mentre la cirrosi tende ad abbassarlo, la nefrite l'aumenta. È il fattore renale, quando esiste, che sembra avere importanza predominante.

C. TOSCANO.

Sulla cosidetta cancro-cirrosi epatica.

(V. TRAMONTANO. *Pathologica*, 15 sett. 1931).

Sulla cancro-cirrosi epatica esistono ancora controversie, non solamente su quistioni secondarie, ma anche sul fatto fondamentale, del rapporto cioè causale e cronologico fra cirrosi e neoplasia, e cioè sulla precedenza, concomitanza o dipendenza della cirrosi col blastoma del fegato. Dai più recenti lavori risulta che alcuni considerano primitiva la cirrosi, ed altri ritengono i due processi sorti contemporaneamente ed in dipendenza di uno stesso stimolo.

L'A. ha studiato due casi di cancro-cirrosi epatica, dai quali si rileva che tra caso e caso vi sono delle varianti che rendono impossibile stabilire delle massime di diagnosi differenziale. Per il modo di accrescimento espansivo della neoplasia, per la mancanza di invasione vasale e di metastasi, perchè l'elemento neoplastico raggiunge un alto grado di differenziazione e per altre considerazioni, secondo l'A. nei casi osservati non si può parlare di processo carcinomatoso, ma di adenoma, benigno nel primo caso, a decorso rapido e maligno nella seconda osservazione. Perchè clinicamente il processo cirrotico aveva preceduto la neoplasia, per l'insorgenza multicentrica del blastoma da elementi apparentemente non modificati, ma vicino a cellule fortemente degenerate, in prossimità di elementi ipertrofici, il processo adenomatoso deve avvicinarsi ai fenomeni rigenerativi che si osservano nelle cirrosi, rappresentando un deviamento dalla norma in un fegato fortemente alterato. In via di ipotesi deve ammettersi che l'elemento epatico è reso sensibile alla trasformazione blastomatosa per il suo alterato metabolismo a causa della cirrosi e da sostanze chimiche derivate dalla necrosi cellulare.

Perciò l'A. ritiene l'adenoma secondario al processo cirrotico ed in dipendenza di esso.

C. TOSCANO.

La colecistografia endovenosa.

(M. BERNARD. *Minerva Medica*, 27 ott. 1931)

Quale via bisogna seguire per la introduzione della tetraiodofenoftaleina? La questione si aggira oggi solo tra il metodo endovenoso e il metodo orale, perchè l'introduzione rettale e quella duodenale sono totalmente da trascurarsi per molteplici ragioni di ordine sia tecnico che diagnostico.

I criteri che debbono guidare nella scelta del metodo sono essenzialmente due: *a*) innocuità assoluta per il paziente; *b*) attendibilità e sicurezza del risultato diagnostico.

Rispetto alla prima questione, l'A. afferma che il metodo endovenoso è assolutamente scevro d'inconvenienti. Esso richiede solo una tecnica accurata e precisa nella iniezione endovenosa la quale non è mai seguita da quei fenomeni generali che invece si debbono lamentare ancora oggi con la somministrazione perorale del tetraiodo. A parte la lunga e molesta preparazione necessaria per il metodo perorale.

Il metodo endovenoso elimina tutti gl'inconvenienti, a patto che si scelga bene la sostanza, la dose e la sua preparazione, la preparazione del malato, la tecnica propria della iniezione e la tecnica degli esami radiologici.

L'A. usa lo jodotetragnost Merk, alla dose abituale di 4 gr. per persona. La soluzione della tetraiodo deve essere accurata e recente (non deve essere usata oltre le 12 ore). Il malato deve essere tenuto a digiuno per 8 ore circa precedenti l'iniezione e per tutto il tempo che la segue e che precede gli esami radiologici. Il riposo a letto è utilissimo al paziente.

La tecnica propria dell'iniezione non differisce da quella di una qualunque altra endovenosa. Gli esami radiologici della cistifellea vanno sempre eseguiti contemporaneamente a quelli del tubo gastro-intestinale, secondo il metodo che l'A. ha denominato « metodo combinato totale », che permette uno studio completo, globale di tutto l'apparato digerente, e consiste nel praticare l'iniezione di tetraiodo tra due pasti opachi.

Questa tecnica permette uno studio sotto ogni punto esauriente dell'apparato digerente nello spazio di due giorni solamente.

Quanto all'attendibilità e alla sicurezza del risultato diagnostico, il metodo endovenoso è enormemente superiore a quello orale. Difatti, l'esito negativo o « segno della mancata iniezione », ha valore pressochè assoluto nel metodo endovenoso dimostrando sempre una lesione del sistema epato-biliare, mentre è privo di significato diagnostico nel metodo orale in ragione della variabilità dell'assorbimento intestinale, che può mancare del tutto o essere molto scarso; l'esito positivo (cistifellea iniettata e visibile) dà con il metodo endovenoso la possibilità di una diagnosi sicura nel 90 % circa dei casi, mentre con il metodo orale lascia, in ragione della scarsa visibilità della cistifellea, gravi dubbi diagnostici in almeno il 50 % dei casi; sulla totalità degli esami il numero di esiti negativi (senza valore diagnostico) è nel metodo orale notevolmente

elevato (20-30 % almeno); il contrasto e la nitidezza della immagine colecistografica sono massimi nel metodo endovenoso; la cistifellea è visibile radioscopicamente nella maggioranza dei casi trattati col metodo endovenoso, cosa che non si verifica mai con il metodo orale; le pretese controindicazioni alla colecistografia endovenosa sono in realtà limitatissime e di ciò deve aver coscienza il medico pratico al quale non deve accadere di rinunciare a così prezioso mezzo di diagnosi per un timore infondato. C. TOSCANO.

ORGANI GENITALI MASCHILI.

La sifilide latente del testicolo.

(E. BERTIN, P. NAGRAC e A. BRETON. *La Presse Médicale*, 25 luglio 1931).

La sifilide latente del testicolo, quella cioè che i processi abituali d'esplorazione clinica non svelano, è conosciuta soltanto da alcuni anni ed è stata rilevata mediante l'esame dello sperma e lo studio anatomo-patologico dei testicoli di sifilitici che non avevano mai presentato alcuna manifestazione apparente di lesioni di questo organo.

In clinica, l'esistenza di una sterilità in un matrimonio, la cui etiologia non può riferirsi nè alla blenorragia, nè agli orecchioni, nè alla tubercolosi dei genitali e neppure ad una malformazione dell'apparato genitale della donna, fa pensare praticamente all'esistenza di una sifilide latente del testicolo.

Un lavoro recente di L. Perrin ha dimostrato che il 32 % di matrimoni sifilitici sarebbero sterili e si tratterebbe nel 24 % di sifilide ereditaria e nel 76 % di sifilide acquisita.

La curiosità scientifica o il desiderio di rassicurare un individuo inquieto sulle sue qualità di procreatore, hanno condotto un certo numero di autori a studiare lo sperma dei sifilitici.

La sifilide occulta è stata accusata di diminuire considerevolmente la mobilità e la vitalità degli spermatozoi, di produrre oligospermia ed anche azoospermia. I nostri AA. avendo intrapreso delle ricerche allo scopo di differenziare gli spermatozoi dei sifilitici da quelli degli individui normali hanno concluso che nessuna differenza sensibile esiste sia riguardo alla vitalità che riguarda alla sopravvivenza. Nè sono riusciti a riscontrare quelle alterazioni morfologiche descritte precedentemente. La loro statistica personale fornisce una percentuale del 10 % di oligospermia nei sifilitici e del 6,15 % di azoospermia. Quest'ultima secondo alcuni studiosi sembrerebbe suscettibile di sparire sotto l'influenza di un trattamento antisifilitico.

Riguardo alla questione della contagiosità dello sperma causata dalla presenza del treponema in caso di sifilide occulta del testicolo, i nostri AA. sono di opinione che tale problema sia imperfettamente conosciuto e sia degno di ulteriori ricerche, specialmente alla luce della nuova nozione di possibili differenti forme del treponema.

Per studiare le alterazioni anatomiche prodotte dalla sifilide occulta del testicolo gli AA. hanno esaminato sistematicamente i testicoli di 19 sifilitici senza antecedenti blenorragici, nè tubercolari senza modificazioni cliniche del volume e della consistenza delle ghiandole genitali.

Essi hanno osservato in 14 casi arterio-sclerosi testicolare e in 10 casi sclerosi interstiziale più o meno marcata che andava dall'ispessimento delle lamelle e delle travate alla sinfisi tubolo-tubolare completa. Quasi sempre la sclerosi interstiziale era associata alla arteriosclerosi senza che fosse vero il reciproco.

In otto casi esistevano segni di infiltrazione plasmolinfocitaria infiammatoria.

La ghiandola interstiziale appariva quasi normale in otto casi, ipoplasica in nove, iperplasica in due: si trattava però soltanto di pure impressioni riportate dagli AA., perchè la ghiandola interstiziale è formata di elementi mal differenziati dal connettivo e ripartiti irregolarmente.

L'ispessimento della guaina connettiva dei tubi epiteliali fu potuta essere messa bene in evidenza con dati numerici: essa era frequente (11 casi su 19) ma non coincideva necessariamente con la sclerosi del resto del sistema vascolo-connettivo. In genere lo spessore della guaina connettiva era raddoppiato, ma in alcuni casi fu riscontrato lo strozzamento completo del tessuto epiteliale di certi tuboli.

L'esame qualitativo dell'epitelio fu assai dimostrativo: solo in 7 casi la spermatogenesi si mostrò normale sulle preparazioni istologiche; in sei casi apparve molto rallentata e in altri sei l'esame dettagliato dei preparati non mostrò alcun spermatozoo e neppure spermatidi o spermatociti.

Gli AA. si pongono infine il problema; quale sia il meccanismo di produzione di queste lesioni occulte del testicolo nei sifilitici.

Essi pensano trattarsi di una vera orchite sifilitica interstiziale, torpida, senza carattere gommoso, che insieme alla sclerosi delle arterie sarebbe la causa della alterazione dell'epitelio spermato-genetico.

Tale orchite, accessibile al trattamento specifico o evolvente spontaneamente verso la sclerosi lascia dietro a sè quelli sinfisi tubolo-tubolari che conducono alla azoospermia definitiva.

VICENTINI.

Sulla torsione delle appendici del testicolo e dell'epididimo.

(W. DIX. *The British Journal of Urology*, September 1931, n. 3, vol III).

L'A. riporta due casi: l'uno di torsione dell'appendice del testicolo, l'altro di torsione dell'appendice dell'epididimo.

Caso I. — R. E., di 10 a. È stato sempre bene. Quattro giorni prima, camminando, il suo scroto si era gonfiato e gli faceva male; tali sintomi si erano accentuati. Nessun altro disturbo. All'Ospedale presentava temperatura di 38° e mezzo (99 Fahreneit), polso 96. Lo scroto arrossato, molle, edematoso soprattutto a d. A sin. si distinguevano il testicolo e l'epididimo, a d. no. Assenza di idrocele; urina normale. Si diagnostica torsione del testicolo. All'intervento si nota: fuoriuscita di liquido giallochiaro all'apertura della vaginale; edematosi l'epididimo ed il testicolo; presso il polo sup. di questo e ad esso unito per mezzo di un peduncolo breve e contorto un tumoretto nero che veniva asportato. Il dolore cessa, l'edema continua per alcuni giorni.

Caso II. — A. B., di 16 a. È stato sempre bene. Sei settimane prima mentre lavorava e senza nessuno sforzo, ha avvertito dolore improvviso al testicolo d. e dopo 24 h. gonfiore dello scroto. Col sospensorio si era attenuato il gonfiore, ma ha persistito il dolore. All'ospedale lo scroto appariva normale, ma nella metà d. tra il testicolo e l'epididimo si palpava un piccolo tumore molto molle. Temperatura e polso normali. All'intervento si nota: fuoriuscita di liquido giallo all'apertura della vaginale e presenza di un piccolo tumore color carne con peduncolo contorto attaccato al globus maior dell'epididimo. Il dolore è cessato.

L'A. dallo studio di questi 2 casi e di altri 51 riscontrati da altri autori, trae delle considerazioni cliniche su tale malattia.

Per *l'etiologia* interessa *l'età* in quanto la lesione ricorre subito prima o nella pubertà. Il *lato* non ha importanza. Talora coesiste una criptorchidia.

Nella *sintomatologia* l'A. mette in rilievo, perchè più frequente, il dolore quasi sempre seguìto, talora preceduto, dal gonfiore dello scroto. Il dolore — scrotale, testicolare, inguino-scrotale — è improvviso ed ha decorso vario: spesso abbastanza forte all'inizio, aumenta per i primi due giorni, talora diminuisce, qualche volta aumenta sempre più fino alla operazione. Non è però mai così forte come nei casi di torsione del testicolo.

I sintomi generali mancano o sono poco importanti.

I sintomi obiettivi rilevabili all'ispezione in genere sono limitati al lato ammalato. Colla palpazione può apprezzarsi pochissimo all'infuori di una massa molle e dolente nella reg. scrotale. Il punto di maggior dolore può scoprirsi dopo un periodo di riposo a letto e dopo applicazioni fredde; in queste condizioni può anche apprezzarsi la tumefazione. Talora la transilluminazione ha dimostrato un piccolo tumore azzurrognolo.

La *diagnosi* non è molto difficile se si pensa alla lesione. Bisogna considerare: l'età dei soggetti, prossimi o nell'epoca della pubertà; la mancanza di malattie generali, di orchite, di gonorrea, di disturbi urinari; l'insorgenza apparentemente spontanea del dolore e del gonfiore.

È delicata la diagnosi differenziale con la torsione del testicolo e le cisti dell'epididimo: nella torsione del testicolo i sintomi sono più gravi e imponenti; le cisti dell'epididimo ricorrono in età più avanzate.

La *cura*, chirurgica, è bene farla in tutti i casi, sebbene da alcuni AA. si ammetta la possibilità di guarigioni con mezzi naturali. Il sollievo pronto apportato dall'operazione è certo preferibile al lungo tempo necessario perchè i disturbi risolvano da sè. Del resto, dice l'A., in tutti i casi operati non è sopravvenuta alcuna complicazione postoperatoria.

SCANDURRA.

Cura dei carcinomi degli organi urogenitali col radium e coi raggi Roentgen.

(ARCHIE h. DEAN. *Zeit. f. Urol.*, vol. 25, 1931).

Questi metodi di cura nei carcinomi degli organi urogenitali possono portare molti benefici ai pazienti, ma, se usati scorrettamente, possono determinare danni gravi e anche la morte.

Alcuni principi generali debbono valere in tutti i casi, indipendentemente dall'organo affetto:

1) Stati di anemia rendono poco efficaci le irradiazioni; ma un'adatta nutrizione, somministrazioni di fegato, transfusioni, possono risollevare notevolmente lo stato del sangue.

2) È necessario conoscere la struttura istologica del tumore in questione e quindi eseguire, prima della cura, una biopsia. Ciò però non va fatto nei tumori primitivi del rene e testicolo perchè porta a rapide diffusioni.

3) La prima applicazione deve essere completa; quindi è meglio rinunciare al radium quando non se ne disponga di una quantità sufficiente.

4) Recidive di tumore sono poco sensibili alle irradiazioni.

5) Infezioni del tumore primario diminuiscono la sensibilità alle irradiazioni.

6) Se lo stato generale dei pazienti è grave, anche quando un'irradiazione palliativa ha portato una notevole regressione del tumore, è controindicato insistere con irradiazioni intensive o con mezzi chirurgici.

RENI.

I tumori di Wilms dei bambini sono radiosensibili. Radium o raggi X determinano una rapida regressione ed anche scomparsa del tumore: allora è indicata la nefrectomia. Incisioni esplorative anche a scopo di biopsia provocano una crescita del tumore.

Le metastasi, che controindicano una cura chirurgica, possono essere trattate con irradiazioni palliative.

Riguardo agli ipernefromi l'A. consiglia una irradiazione preoperativa, seguita da nefrectomia. Le metastasi e i tumori inoperabili risentono grandemente delle irradiazioni.

VESCICA.

L'A. non ha mai visto guarire un papilloma o carcinoma della vescica con irradiazioni dall'esterno, mentre le irradiazioni interstiziali danno grandi successi. Le irradiazioni col radon possono distruggere anche dei papillomi resistenti alla folgorazione.

I capillari di radon possono essere messi in posto sul tumore o attraverso il cistoscopio, quando la base di impianto del tumore è tutta visibile nel campo di quello, o attraverso una cistotomia soprapubica quando il tumore ha una base d'impianto più larga o è esteso in superficie.

Dopo applicazioni di radium si formano delle croste che si impregnano talora di sali di calcio e possono formare un calcolo vescicale; perciò consiglia di bere acque diuretiche, di mantenere le urine leggermente acide, di praticare lavaggi vescicali.

L'impianto dei capillari su tumori situati presso gli sbocchi ureterali può condurre a obliterazione degli sbocchi stessi: per lo più si riesce a praticare una dilatazione per via cistoscopica, ma talora si è costretti a drenare il rene dall'esterno, e a praticare eventualmente un trapianto degli ureteri.

PROSTATA.

Nella cura del carcinoma della prostata è necessario lo studio dello stato generale del paziente e una sufficiente cognizione dell'estensione del tumore; inoltre bisogna innanzi tutto ovviare alla ritenzione che insieme alla conseguente insufficienza renale determinano, più che il tumore per sè, la gravità dello stato generale.

In secondo luogo è necessaria una biopsia che si può eseguire per via uretrale col metodo di Young o per via perineale con un apposito ago. La conoscenza della struttura del tumore è necessaria perchè varia è la resistenza dei vari tipi alle irradiazioni, in genere elevata; le irradiazioni saranno perciò interstiziali e a dosi intensive. L'applicazione dei capillari di radon si fa, in anestesia locale, per via perineale, e può essere preceduta da un'irradiazione del bacino con raggi X molto penetranti.

Dopo le irradiazioni talora si osservano stati irritativi della vescica e del retto; eccezionalmente può la prostata tumefarsi tanto da esser necessario un catetere a permanenza; inoltre il metodo presenta quegli svantaggi propri alle operazioni a cielo coperto che possono danneggiare retto, vescica, uretra e determinare fistole. Ma con una buona esperienza si ottengono risultati ottimi.

PENE.

La cura dell'epitelioma del pene deve esser diretta a impedire lo sviluppo del tumore e a conservare quanto più è possibile l'organo. È necessario stabilire la struttura del tumore, l'estensione in superficie e profondità, lo stato delle ghiandole inguinali: se sono indenni, o sede di metastasi o di infezione.

Sè il tumore ha un diametro maggiore di 2 cm. o è esteso in profondità (fascia di Buch, corpi cavernosi) è indicata l'asportazione; l'irradiazione con raggi X molto penetranti o col radium è indicata p. tumori superficiali e piccoli. Altra controindicazione alla irradiazione è la presenza di metastasi o infezioni dei gangli inguinali.

Dopo l'asportazione o irradiazione del tumore vanno irradiate le regioni inguinali.

TESTICOLO.

L'A. consiglia di fare in primo tempo irradiazioni del tumore primitivo e delle linfoghiandole del bacino e dell'addome. In un secondo tempo l'asportazione del tumore primitivo e nuove irradiazioni dell'addome e bacino. Le irradiazioni ripetute non portano, secondo l'A., nessun danno a carico dei reni, e offrono sempre buoni resultati.

Nel presente articolo l'A. dà indicazioni precise circa la tecnica e le dosi da usare nelle varie circostanze. P. STEFANINI.

Cura dell'impotenza.

(R. A. GAMBLE. *The Journ. of the Americ. Assoc. for Medico-Physical Research.*, settembre 1931).

L'impotenza può colpire indistintamente individui di tutte le classi sociali e provoca modificazioni dell'organismo, specialmente dal lato psichico, di una certa importanza.

Le cause possono essere diverse. Negli uomini fra 50 e 60 anni una lesione prostatica può esserne la causa. Altre cause di impotenza possono trovarsi in alterazioni delle surrenali, della tiroide, dell'ipofisi.

Quando l'impotenza dipende da ipertrofia prostatica, essa scompare in circa l'80 % dei casi quando la prostata è curata bene.

Se c'è eiaculazione precoce si deve cercare

coll'uretroscopio se c'è qualche lesione che irritando l'uretra spieghi questo stato. Se c'è insufficienza dell'erezione, poichè essa dipende da deficienza del tono dei muscoli costrittori alla base del pene può essere utile l'uso di un anello compressore.

In alcuni casi l'impotenza dipende da uno strapazzo fisico o mentale e il riposo può guarirla.

Le cure fisiche comunemente usate nella cura dell'impotenza sono la diatermia, i raggi ultravioletti, i raggi X. L'A. ha avuto buoni risultati dalla reazione elettronica di Abrams in centinaia di casi, usando l'oscilloclasta. Le applicazioni si fanno o sulla prostata, o sui testicoli, o sulla vescica o sui cordoni spermatici con speciali elettrodi; dopo applicazione di 30' si toglie il depolarizzatore e si applica sulla regione epatica per 15'.

Malhberbe ha avuto buoni risultati in 16 casi curando la mucosa nasale; questo, secondo Gamble, perchè curando la mucosa nasale si agirebbe, per la sua vicinanza, sull'ipofisi.

R. LUSENA.

MEDICINA INFORTUNISTICA.

Gli ascessi ed i tumori provocati.

(COSTEDOAT. *Journ. de Médecine de Lyon*, 20 novembre 1931).

Tra le lesioni volontariamente provocate allo scopo di carpire indennizi per invalidità temporanee o permanenti o per sottrarsi ad obblighi varî, sopra tutto al servizio militare, hanno un posto notevole gli ascessi ed i tumori.

Gli ascessi provocati possono essere settici od asettici.

Alla produzione di ascessi settici ricorrono coloro che non hanno la possibilità di disporre dei mezzi idonei a provocare l'ascesso asettico.

Uno spillo, un ago con o senza filo intriso di tartaro dentario o di feci, introdotto sotto cute è sufficiente a produrre l'ascesso.

Questi ascessi hanno la particolarità di presentare un orificio che rappresenta il foro prodotto dallo strumento inoculante, o due orifizi situati a poca distanza l'uno dall'altro, e che rappresentano i fori di entrata e di uscita dell'ago. Il loro aspetto è vario, ma per lo più il loro calibro è superiore a quello della punta adoperata a seguito dell'infiammazione dei tessuti sottostanti.

A seconda la fase ed il grado dell'infezione locale la pelle circostante è più o meno arrossata, tesa, dolente, la linfoangioite più o meno accentuata ed estesa.

All'incisione si ha odore putrido, fecaloide; il pus può essere raccolto ma più frequentemente i tessuti sono tutti in sfacelo.

La prognosi è spesso grave.

Gli ascessi asettici hanno una sintomatologia ed una prognosi affatto differente. Mentre in quelli settici prevalgono i fenomeni generali e la febbre, negli ascessi asettici la lesione locale è tutto.

Le sostanze adoperate per provocare l'ascesso asettico sono la trementina, il petrolio, la benzina, gli acidi ed i caustici (acido solforico, nitrico e cloridrico, soda e potassa).

La iniezione sottocutanea di sostanze caustiche provoca mortificazione delle albumine e dei lipoidi dei tessuti per ossidazione o idrolisi, talora per disidratazione e precipitazione come nelle fissazioni istologiche.

Dapprima si ha una dissoluzione dei tessuti infiltrati dalle sostanze idrolitiche. La traccia della puntura sulla pelle può essere appena visibile. Attorno ad essa una zona di sfacelo è cerchiata da un anello d'aspetto infiammatorio. Nella profondità i tessuti sono edematosi e nerastri e più profondamente può trovarsi una zolla di pus. L'ulcera risultante dall'eliminazione del territorio necrosato è estesa e torpida.

Le lesioni provocate da sostanze fissatrici sono un po' differenti: l'isolotto di tessuto coagulato si mantiene intatto nella sua struttura, ma si comporta come un'escara sottocutanea nuotante in una massa di pus.

L'azione dei caustici solubili è caratterizzata dalla sua brevità.

La maggior parte si combina con i tessuti impregnati ed è eliminata con l'escara, l'altra si diffonde nell'organismo sempre che, però, la soluzione non sia troppo concentrata nel quale caso si determina una trombosi vasale che ostacola la circolazione.

L'ascesso provocato classico è quello ottenuto con l'iniezione sottocutanea di 2 cmc. di trementina.

Questo ascesso si manifesta abitualmente dopo una quindicina di giorni. L'aspetto è quello del flemmone ordinario: la pelle è rossa, calda, sollevata dall'ascesso sottostante. È necessario constatare la traccia della puntura. La febbre è costante. Il dolore è debolissimo ed i segni di diffusione dell'infiammazione (linfangioiti, adeniti) sono praticamente nulli.

La riparazione è rapida con piccola cicatrice.

Il pus è più o meno consistente, talora omogeneo. Può avere l'odore della trementina, ma non sempre, è perciò imprudente contare su questo carattere per la diagnosi. Tuttavia mettendo il pus per qualche momento in una stufa nella grande maggioranza dei casi si ha l'odore della trementina.

La formula citologica del pus è variabile: in certi punti predominano i grandi mononucleari macrofagi, in altri i polinucleari.

È costante l'assenza di ogni specie di microbo.

Talora all'esame microscopico si osservano alla superficie piccole goccie di trementina.

Data la scarsa quantità di essenza le prove chimiche solo eccezionalmente danno reazione positiva.

Tra le reazioni chimiche tentate, sempre con scarso successo, vanno segnalate quella che si ha aggiungendo nitrito d'amile e acido acetico cristallizzato e quindi dopo raffreddamento una miscela d'acido cloridrico e acido acetico: si dovrebbe formare un liquido azzurro scuro da cui si separa una polvere bianca.

Non meno incerte sono le reazioni sul prodotto della distillazione del pus:

il reattivo solfo-molibdico di Denigés dà per ossidazione una colorazione gialla;

la perla ottenuta con l'ansa di platino dal protocloruro di antimonio si colora in giallo e poi in rosso ai vapori anche tenui di trementina;

il periossido d'osmio dà una colorazione nera ed il bleu di Nilo in soluzione alcoolica una colorazione giallo bruna.

Migliori risultati danno le analisi microchimiche che si praticano così:

1) Per accertare che il pus è asettico lo si colora su un vetro portaoggetti con tionina basica: l'esame microscopico fa rilevare l'assenza di batteri.

2) Si fa evaporare su un vetro portaoggetti una goccia di soluzione alcoolica di Sudan III o di bleu di Nilo e su essa si distende uno strato di pus: le inclusioni di essenza risultano così colorate in rosso arancione.

3) Si distende su un vetro portaoggetti il pus e sopra si mette una goccia di una miscela di soluzione potassica di naftolo α e di una soluzione all'1 % di dimetilparafenilendiamina: le inclusioni di essenza risultano colorate in bleu viola dall'indofenolo allo stato nascente.

Caratteri clinici analoghi agli ascessi da trementina, hanno quelli di iniezione di benzina o di petrolio, che furono largamente provocati durante la guerra.

Le analisi microchimiche si praticano come per la ricerca della trementina. Con il bleu Nilo si ha una colorazione giallo oro e bleu viola coll'indofenolo.

Quando il petrolio persiste nel pus in quantità notevole può essere raccolto con la distillazione.

Il petrolio combinandosi con i lipoidi viene riassorbito e passa nelle urine. In queste si riconosce facendole bollire dopo acidificazione con acido nitrico fumante: si sviluppa odore di petrolio.

La iniezione sottocutanea di carburi vischiosi quali l'olio di paraffina e l'olio di vaselina determina la formazione di tumefazioni. Dette sostanze si comportano come sostanze inerti non irritanti.

Nei primi giorni si constata la reazione dei tessuti a forma proliferante, ma senza pus.

A lungo andare il nodulo s'incista e forma un tumore a forma lobulata. È formato da tessuto connettivale denso con prolungamenti sclerotici.

Contiene numerose cisti grandi come teste di spilla rifrangenti o una sola cisti, che si colorano in arancione con il rosso Sudan III, non si colorano in nero con l'acido osmico come i grassi, sono insolubili nell'alcool e nell'acetone. Le pareti sono tappezzate da cellule polinucleari che possono contenere inclusioni di vaselina, e macrofagi con gli stessi vacuoli.

Questi tumori possono recidivare sul posto dopo la loro estirpazione.

La migrazione dei macrofagi ed i movimenti muscolari possono provocare la disseminazione delle goccioline oleose.

Al taglio il coltello si ricopre di uno strato oleoso.

Talvolta la semplice puntura consente di ottenere qualche goccia occorrente per l'esame. La goccia di olio di paraffina o di vaselina sono fluorescenti alla luce riflessa.

L'estrazione si fa mediante cloroformio. Aggiungendo al liquido così ottenuto bromo si ha una colorazione gialla, con l'iodio si ha una colorazione rosa violacea, con una soluzione satura di acido picrico in benzolo una colorazione rossa.

Questi tumori quando includono filetti nervosi danno dolori più o meno violenti.

Possono confondersi con i neuromi plessiformi, con i lipomi, con i mixo-lipomi, con il morbo di Recklinghausen.

Eccezionalmente l'iniezione di paraffina o di vaselina può dare una reazione infiammatoria prevalente, notevole e precoce, seguita o non da ulcera necrotica. DR.

La malattia di Kümmel come infortunio sul lavoro.

(A. OLLER e J. BRAVO. *La Medicina Ibera*, 1° agosto 1931).

Gli Autori osservano come poche malattie offrano così grandi difficoltà dal punto di vista infortunistico nei riguardi dell'indennizzo, come il morbo di Kümmel.

Questo, a causa della sua etiologia che lo riporta ad un traumatismo a volte insignificante e della diagnosi differenziale talora impossibile con una infermità così frequente come la tubercolosi vertebrale, fa in qualche caso commettere equivoci con conseguenti gravi pregiudizi per l'operaio e per il datore di lavoro.

Nel 1891, Hermann Kümmel comunicò al 64° Congresso di Medicina di Halle il quadro di una nuova malattia che designò col nome di osteite rarefacente post-traumatica. La causa è sempre un traumatismo in genere poco

intenso che colpisce la colonna vertebrale. Sul momento i pp. avvertono dolori per due o tre giorni in corrispondenza del punto traumatizzato; questi scompaiono per ricomparire molto più violenti dopo parecchi mesi e con essi appaiono nevralgie intercostali, alterazioni lievi nella motilità degli arti inferiori, cammino malfermo, cifosi e gibbo. Nei casi più gravi, paresi od anche paralisi degli arti inferiori e disturbi sfinterici.

Radiograficamente nulla si riscontra nei primi periodi a meno che non vi sia una frattura ben manifesta delle vertebre. A male conclamato e in posizione laterale si nota: schiacciamento delle vertebre, e a volte, ernia del tessuto tubercolare a traverso una fessura della corticale. La lesione colpisce una o due vertebre dorsali o lombari.

Dalla prima comunicazione di Kümmel ad oggi, poca luce si è fatta sulla patogenesi di questa affezione e ciò a causa della rarità di essa, della poca opportunità che c'è stata di fare autopsie e della mancanza di reperti radiografici dei primi stadi.

Per quello che riguarda la lesione iniziale della vertebra, quella che cioè segue al traumatismo può consistere in una frattura della vertebra stessa o in una lesione del disco intervertebrale; ma può anche mancare e l'una e l'altra.

Se sono assai cospicue le difficoltà che si pongono ad una diagnosi precoce della malattia, anche nel periodo nel quale la lesione della colonna è costituita definitivamente, resta difficile il diagnostico e talora anche impossibile per il morbo di Kümmel ed altri analoghi.

Nella tubercolosi le vertebre colpite sono in maggior numero che nel morbo di Kümmel e la radiografia dà un'immagine di ombre più oscura e fusiforme estendentesi per tutto il segmento colpito.

La lomboartrite di Leri e in generale le deformità delle ultime dorsali e lombari prodotte da infezioni reumatiche, sono più frequenti e tipiche (osteofiti, appiattimento dei dischi, ecc.). È bene però ricordare la possibile coincidenza della malattia di Kümmel con un'artrite deformante di questo tipo.

La spondilosi rizomelica può in molti casi confondersi col m. di K.: essa attacca oltre la colonna vertebrale, anche altre articolazioni e la lesione dei legamenti e delle vertebre è molto tipica.

Il prognostico è grave nei rapporti della durata della malattia ed alle complicazioni midollari e sopra tutto alla incapacità al lavoro.

La cura migliore è la immobilizzazione prolungata della colonna con busti di gesso o celluloide.

La parte più difficile di questa affezione è il suo studio medico-legale in rapporto con l'infortunio sul lavoro e con l'indennizzo.

Per gli AA. non vi è nessun dubbio che la malattia, in rapporto alla sua etiologia traumatica, debba considerarsi un infortunio sul lavoro.

Rispetto alla classificazione della incapacità e all'entità dell'indennizzo, la prima oscilla in Spagna tra il 20 e il 50 % salvo nei casi con lesione midollare nei quali si può giungere fino al 100 per 100; l'indennizzo varia tra un anno e un anno e mezzo.

Gli AA. passano quindi a riferire intorno a tre casi capitati alla loro osservazione e che illustrano minutamente riportando anche radiografie dimostrative.

VICENTINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

Lehrbuch der inneren Medizin. Due voll. di pag. 893 a 782, rispettivamente con 136 e 140 fig. J. Springer, Berlin, 1931. Prezzo RM. 45.

A redigere questo buon trattato di medicina interna hanno collaborato 16 fra i più noti esponenti della scienza medica tedesca.

R. SIEBECK, in un capitolo introduttivo, parla del concetto generale della medicina, del malato e dei compiti del medico.

La dottrina generale delle malattie infettive è trattata da R. DOERR, mentre R. STAHELIN si occupa della terapia generale e della patologia speciale e terapia delle singole malattie infettive.

Vengono in seguito esposte le malattie del circolo e del mediastino (P. MORAWITZ), degli organi respiratori (S. J. THANNHAUSER), con un capitolo di una cinquantina di pagine sulla sola tubercolosi; poi quelle degli organi digerenti (W. STEPP), del fegato e vie biliari (G. v. BERGMANN e F. STROEBE) e del pancreas (G. KATSCH).

Nel secondo volume, troviamo: le malattie del ricambio dell'acqua e dei sali, dei reni, delle vie urinarie e degli organi genitali maschili (H. STRAUB), quelle del ricambio e della nutrizione (L. LICHTWITZ), delle ghiandole endocrine (HANS EPPINGER), del sangue e dei tessuti omopoietici (A. SCHITTENHELM), dei muscoli, ossa ed articolazioni (S. J. THANNHAUSER), le malattie organiche del sistema nervoso (FR. HILLER), le neurosi (R. SIEBECK), gli avvelenamenti (P. MORAWITZ), le malattie da cause fisiche esterne (G. KATSCH), le lesioni da raggi radioattivi (A. SCHITTENHELM) e, da ultimo, un capitolo sulla terapia generale (L. LICHTWITZ).

Non è possibile un esame particolareggiato di ognuno degli argomenti trattati, ma basta soffermarsi su qualcuno di essi per convincersi che i singoli capitoli offrono un quadro sintetico, chiaro e preciso dei vari stati

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

morbosi nella sintomatologia, diagnosi e terapia, e si può, a buon diritto, affermare che questo trattato rappresenta lo stato attuale della scienza medica odierna e sarà letto e consultato con grande vantaggio dal medico e dallo studioso. *fil.*

M. POUMAILLOUX. *Le pouls alternant.* Vol. in-8° di pagg. 239. Masson, éd., Paris, 1931. Frs. 35.

L'A. presenta una monografia sul polso alternante tenendo conto delle moderne acquisizioni nel campo della fisiopatologia del cuore e delle più recenti osservazioni cliniche e sperimentali sull'alternanza, trattando l'argomento prevalentemente dal punto di vista clinico.

Premesso un rapido cenno storico della questione, analizza i metodi impiegati nella moderna indagine cardiologica, atti a rivelare anche quelle forme di alternanza che non sono apprezzabili ad un semplice esame semeiotico (oscillometria, indagini grafiche sia meccaniche che elettriche), e studia le condizioni cliniche nelle quali più facilmente si riscontra il polso alternante (insufficienza cardiaca e particolarmente insuff. ventric. sin., ipertensione, tachicardia, infarto miocardico ecc.). Dal punto di vista clinico l'A. distingue nettamente l'alternanza del cuore dall'alternanza del polso, mette in evidenza come i due fatti possano andare frequentemente dissociati, la relativa rarità della prima rispetto alla seconda forma sulla quale particolarmente si intrattiene, dando tuttavia largo sviluppo al recente capitolo dell'alternanza elettrica del cuore: relativamente a quest'ultimo punto mette in evidenza la diversità tra alternanza che si riferisce alle onde QRS e a quella dell'onda T; mentre l'alternanza dell'onda T è più che altro riportata, sia pur vagamente, ad un equivalente dell'alternanza meccanica del cuore (la onda T viene messa dall'A. più che altro in rapporto con il tono miocardico), all'alternanza del gruppo QRS vengono assegnati importanza e significato del tutto particolari, indipendentemente da fatti di alternanza meccanica e piuttosto in rapporto con alternanza dei fenomeni di eccitabilità cardiaca.

Per quello che si riferisce alla patogenesi dell'alternanza l'A. ricorda le fondamentali teorie di Hering, di Wenckebach, di Fréderícq, e, fermandosi particolarmente sulla interpretazione del polso alternante, tenta di dare del fenomeno una interpretazione personale, ammettendo che possano intervenire modificazioni circolatorie, nel senso dell'alternanza, di origine vasale, periferica indipendentemente da alterazioni alternanti cardiache, centrali. L'A. tuttavia non nega che anche le altre teorie, ciascuna in parte, possano avere valore nell'interpretazione dei fatti, tanto più che probabilmente esistono diversi tipi di alternanza di natura diversa.

Il lavoro è accompagnato dall'esposizione clinica di una ventina di casi di alternanza del polso con o senza alternanza del cuore sia meccanica sia elettrica. È spiacevole il fatto che della raccolta personale l'A. non riporti alcuna documentazione grafica.

Notevole invece la larga parte data dall'A. alle idee recenti di autori italiani particolarmente sull'alternanza elettrica del cuore, idee alle quali l'A. francese sembra pienamente associarsi. CH.

D. CRITZMANN. *La goutte.* Vol. in-16°. Éd. Doin. Paris, 1931. Fr. 25.

La monografia è divisa in tre parti che riguardano rispettivamente la patogenesi, la clinica e la terapia della gotta.

Il maggior sviluppo è dato alla prima parte e l'A. riassume le varie concezioni storiche della malattia riportando largamente precedenti ricerche sperimentali ed osservazioni cliniche di altri autori. Il punto di vista personale dell'A. è in fondo quello della cosidetta teoria « renale » della gotta: l'A. ritiene il rene quale organo non soltanto escretore ma anche formatore dell'acido urico, la cui ritenzione nell'organismo costituisce, unitamente alla lesione renale, causa efficiente della malattia. Importanza particolare avrebbe anche il tipo di alterazione renale, in quanto che la ritenzione urica sarebbe legata alla presenza di alterazioni prevalentemente del tipo del piccolo rene grinzo. Non ci si può nascondere da un lato una notevole incompletezza, dall'altro un certo semplicismo e schematismo in questo studio patogenetico della gotta. Così, mentre l'A. si occupa largamente delle vie di eliminazione dell'ac. urico, nemmeno cita le vedute non più recentissime sulla « quota enterotropa » dell'ac. urico, nè i concetti e le dimostrazioni del Folin sulla elettiva fissazione renale dell'ac. urico circolante; e nemmeno accenna, sia pur menomamente, alle osservazioni e ai concetti oramai largamente diffusi e di alta attualità del Brugsch, del Schittenhelm, di Harpuder e particolarmente del Gudzent, relative alla discussa esistenza di processi uricolitici e alla affinità tissulare per l'acido urico, alla genesi allergica dell'attacco gottoso. Così pure completamente sotto silenzio passano i contributi delle Scuole italiane da quelli di Galeotti a quelli di Perroncito. Si può quindi affermare che per quello che riguarda la patogenesi della gotta, al cui capitolo l'A. dedica la maggior parte della monografia, non è tenuto gran conto delle più moderne vedute e che l'A. accetta e sostiene senza particolare documentazione la genesi renale della gotta.

Limpido è invece il capitolo che si riferisce allo studio clinico, con notevole riguardo alle forme atipiche e specialmente alle manifestazioni croniche non articolari della gotta: ampiamente descritte sono le manifestazioni cardiache, per quanto non risulti chia-

ramente nella loro patogenesi l'influenza del fattore gottoso di per sè e di quello legato alla presenza di una nefrite interstiziale cronica.

Largo sviluppo ha pure il capitolo relativo alla terapia: anche qui si notano manchevolezze: nemmeno accennato è, per esempio, l'acido fenilchinolincarbonico; più importante è la parte che si riferisce al trattamento dietetico, con criteri personali, specie mettendo in evidenza l'osservazione clinica secondo cui un'alimentazione carnea anzichè dannosa riesce piuttosto utile al gottoso, in quanto essa costituisce stimolo per un'aumentata eliminazione di acido urico. Ch.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Società Medico-Chirurgica di Padova.

Seduta del 15 gennaio 1932.
Presidente: Prof. G. Cagnetto.

Su di un caso di inversione uterina.

Dott. E. Dotti. — L'O. dopo aver distinto le inversioni uterine del puerperio da quelle che avvengono al di fuori dello stato gravidico, dopo avere esposte le diverse patogenesi dell'affezione e il diverso trattamento operatorio, illustra un caso clinico di inversione uterina che giudica di notevole interesse perchè constatato a oltre due mesi dal parto ed operato felicemente di reinversione per via laparotomica.

Dott. G. Schreiber. — *Ricerche sulla neotenia degli anfibi.*

Prof. L. Zoldan. — Presenta un ammalato da lui felicemente operato di asportazione di un *voluminoso tumore dell'occhio* (*retrobulbare*) con ripristino completo della visione e dell'estetica facciale. Illustra il tumore dal punto di vista istopatologico.

Discussione: Cagnetto, Enriquez, Zoldan.

Dott. G. Denes. — Espone un nuovo metodo per l'*arricchimento delle emazie parassitate nei malarici* usufruendo di una modificazione delle loro proprietà fisico-chimiche, che le fa depositare in fondo alla provetta, alla sedimentazione spontanea.

Discussione: Cagnetto, Denes.

Il Segretario: D. Cestari.

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 10 dicembre 1931.
Presidente: prof. A. Ferrata.

Contributo allo studio della cosidetta barriera emato-encefalica.

Rossi O. — L'O. comunica di essere riuscito a trasmettere la malaria (terzana) iniettando nel liquido cefalo-rachidiano, con particolare tecnica, sangue di malarico. Ne trae la conclusione che è possibile il passaggio del plasmodium vivax dal liquor al sangue anche in soggetti senza precedenti alterazioni anatomiche del filtro neuro-ematico e mette in rilievo il significato generale dell'esperimento. (La *Rivista di Patologia Nervosa e Mentale* pubblicherà il lavoro in extenso).

Splenomegalia primitiva follicolo-iperplastica. Splenectomia. Guarigione.

A. Ferrata e P. Introzzi. — Gli OO. descrivono un caso che presentava una sindrome caratterizzata da deperimento, astenia, anemia di tipo ipocromico con lieve leucopenia senza forti oscillazioni della formula leucocitaria, epato- e splenomegalia spiccata. Considerato il processo morboso come una forma di emopatia splenomegalica primitiva l'a. fu sottoposto a splenectomia, con esito in guarigione.

La milza, del peso di Kg. 2,600, presentava un aspetto macroscopico che ricordava quello della milza porfiroide del granuloma maligno per la presenza di una grande quantità di noduli di colorito bianco-grigiastro, istologicamente definibili come follicoli linfatici ipertrofici. Inoltre l'esame microscopico ha messo in rilievo i seguenti fatti: riduzione notevolissima della polpa splenica, scarsi fenomeni emolitici, lieve jalinosi della milza, non segni di fibroadenia, spiccata eosinofilia specie extrafollicolare e attività germinativa dei follicoli stessi per presenza nei centri di numerose cellule in cariocinesi, presenza nei vasi e nei seni della polpa di sangue ricco di elementi nucleari linfocitari.

In base a considerazioni diagnostiche per le quali si può escludere il morbo di Banti, la splenomegalia con linfocitosi descritta pure dal Banti, il granuloma maligno, la leucemia e pseudoleucemia linfatica e le altre forme note di splenomegalia, gli OO. credono di poter classificare il caso come una forma di splenomegalia primitiva follicolo-iperplastica con anemia.

Azione antiparassitaria della naftalina nella lambliasi.

G. Rigobello. — L'O. ebbe occasione di accertare cinquanta casi di *giardia intestinalis* in bambini del reparto profilattico degli Istituti di S. Corona in Pietra Ligure.

Per liberarli da questo flagellato, in realtà da considerarsi come patogeno, furono usati sia lo stovarsolo e lo spirocid di pronto effetto sulle forme vegetative, sia in buon numero di casi la naftalina medicinale purificata, che somministrata alla dose di un grammo pro die, per un periodo continuativo di un mese o più, elimina anche le cisti, senza dar luogo a disturbi di tossicità che in passato fecero abbandonare tale medicamento, un tempo sperimentato da Gaglio con buon esito nelle forme enteriche parassitarie ed infettive.

Considerazioni sul megaesofago e sul megadolicocolon.

G. Bignami. — L'O. riassunte le numerose ipotesi finora emesse per spiegare l'origine delle cosidette dilatazioni idiopatiche dell'esofago, del mega e del dolicocolon, illustra diversi casi nei quali, unitamente a note radiologiche di megaesofago, ebbe a rilevare non soltanto manifestazioni di abnorme ampiezza e lunghezza totale o segmentaria del colon, ma altresì segni clinici di squilibrio neuro-vegetativo.

Tenuto conto del tardivo manifestarsi del quadro morboso, del concomitante interessamento di parti diverse del tubo digerente e dei dati clinici e di laboratorio, l'O. esprime il concetto che per le singolari manifestazioni dei casi in esame non si possa parlare di origine congenita e si debba invece prospettare, come fattore patogenetico fondamentale, uno stato di squilibrio neuro-vegetativo.

Il Segretario: P. Introzzi.

Reale Accademia Medica di Genova.

Seduta del 21 gennaio 1932.

Presidente: Prof. N. PENDE.

Enervazione renale ed infezione renale ematogena.

Dott. BRAGAGNOLO. — L'O. riferisce su ricerche istologiche compiute su reni dopo enervazione sul peduncolo vascolare. I dati completi di questo lavoro saranno pubblicati nell'« Archivio di Chirurgia ».

Comportamento del cistico nelle grandi idropi calcolose della cistifellea.

Prof. DURANTE. — Conclude che nonostante la maggioranza degli AA. sia nel campo sperimentale, sia in quello anatomo-clinico attribuisca alla presenza dei calcoli incuneati nel colletto del dotto cistico di cistifellee infette l'origine dell'idrocolecisti calcolosa, vi sono numerose e fondate ragioni per ritenere che essa è dovuta esclusivamente alla obliterazione infiammatoria, lenta e completa del lume del cistico per modificazioni strutturali dalle sue pareti. La litiasi quindi appare un elemento concomitante, primitivo o secondario, ma sempre indipendente dalla patologia iniziale del dotto cistico. Il reperto del dotto cistico nei due casi esposti dall'O. di idrocolecisti calcolosa là dove dimostra ch'esso è stabilmente obliterato in tutto il suo decorso, mentre i calcoli sono liberi. Dimostra ancora che la vera causa immanente della ostruzione della cistifellea è nelle modificazioni strutturali del dotto cistico. Come corollario pratico del sopra accennato referto si deduce che è perfettamente inutile perdere tempo a incappucciare e peritoneizzare il moncone del cistico nell'idrocolecisti calcolosa in quanto esso è stabilmente chiuso da un'obliterazione fibrosa.

Rare complicanze dell'ernia.

Prof. T. BIANCHERI. — Espone 4 casi: 1) Torsione di un giro completo nel senso delle lancette dell'orologio di un'appendice epiploica del sigma in un'ernia inguino-scrotale sinistra, in un vecchio ottantenne obeso e cardiopatico. 2) Due casi di torsione di un tratto terminale di grande omento, sclerotico, globoso e peduncolato, di due giri completi nel senso delle lancette dell'orologio in uno e di un giro quasi completo nell'altro; nel primo caso in una donna con ernia ombellicale recidivata. 3) Strozzamento del tenue in un uomo con ernia inguinale destra a porta ampia, per opera di una briglia omentale, fissata a guisa di ponte nel sacco. Tutti gli ammalati furono operati nei primi giorni e guarirono. L'O. discute la etiopatogenesi e la evoluzione della torsione dei suddetti organi entro il sacco erniario e mette in rilievo i sintomi che la differenziano dallo strozzamento.

Il Segretario: Prof. A. MUGGIA.

Federazione Nazionale Fascista per la Lotta contro la tubercolosi.

Sezione di Roma.

Seduta del 19 dicembre 1931.

Presidente: On. Prof. EUGENIO MORELLI.

Esplorazione dell'equilibrio funzionale mediastinico in corso di collassoterapia.

Prof. MONALDI VINCENZO. — L'O. considera il mediastino dai suoi tre punti di vista di setto divisorio dei due emitoraci, di spazio indipendente e di via di passaggio.

L'esplorazione del suo equilibrio funzionale come setto divisorio può essere fatto studiando i valori della grandezza respiratoria, il comportamento bilaterale delle pressioni endopleuriche, le modificazioni regionali del movimento respiratorio toracico.

L'esplorazione come spazio indipendente può esser fatta con l'esame della funzione cardio-circolatoria. L'esplorazione come via di passaggio deve prendere in esame per le vie nervose l'equilibrio simpatico-vago; mentre per le vie circolatorie due indagini molto sensibili sono apparse il flebogramma e la pressione venosa periferica bilaterale.

L'O. illustra diversi metodi con proiezioni di radiografie e di tracciati.

E. MORELLI. — Insiste sulla necessità di sistematizzare lo studio fisiopatologico di tutti i casi di pneumotorace e occupandosi in special modo della pressione venosa.

Il sistema reticolo-istiocitario e la genesi della fibrosi del polmone in collasso pneumotoracico.

E. ANTONIAZZI. — Dai risultati di una serie di indagini eseguite su materiale umano e sperimentale l'O. può concludere che il tessuto reticolare rappresenta la matrice da cui, attraverso particolari trasformazioni, prendono origine in tutto o in gran parte i processi di fibrosi del polmone in collasso. A tali fatti partecipa il reticolo interstiziale e talora quello delle avventizie reticolari comportandosi in varie guise a seconda di vari fattori e principalmente di quello infettivo e del grado di compressione esercitata sul polmone.

Con la ricerca sperimentale l'O. può confermare quanto già si conosce sul comportamento dei reticolo-endoteli nel polmone collabito: tutti quindi i componenti del S. R. I. del polmone, cellule e stroma fibrillare, reagiscono di fronte all'azione meccanica del pnx.

OMODEI-ZORINI. — Chiede all'O. se ha notato differenze istologiche tra i casi di tubercolosi polmonare e quelli di gangrena polmonare sottoposti a trattamento pneumotoracico.

E. MORELLI. — Discute sull'efficacia delle alte pressioni endopleuriche per la stimolazione del reticolo endotelio negando qualsiasi potere compressivo al liquido di essudazione pleurica.

E. ANTONIAZZI. — Nel rilevare le differenze di azione tra compressione normale o eccessiva si è servito di un caso in cui coesistendo gas e liquido e la base essendo fissata da aderenze si potè vedere che mentre in alto esisteva iperplasia reticolo-istiocitaria semplice, in basso, anche in zone esenti da lesioni tubercolari, per l'eccessiva pressione si era formata una *fibrosi totale*. Ammette che l'eseguità dei casi studiati non possa permettere di trarre deduzioni di carattere generale troppi essendo i fattori che possono interferire a modificare le reazioni tissulari.

Pneumotorace terapeutico bilaterale.

MONACO UMBERTO. — Riferisce su di un caso di pneumotorace terapeutico bilaterale in bambino in cui è stato possibile ottenere una regressione clinica abbastanza rapida delle lesioni del lato secondariamente colpito, mediante un trattamento collassoterapico di pochi mesi.

MENDES. — Conferma l'osservazione del collega, come già ebbe occasione di accennare nella sua relazione al Congresso di Bologna; egli pure ha avuto occasione di constatare che le alterazioni da diffusioni controlaterali regrediscono più rapidamente di quelle primarie di fronte ad un trattamento pneumotoracico.

Una nuova proiezione laterale degli apici polmonari.

TORELLI G. — L'O. dopo aver fatto rilevare che nella proiezione laterale come il terzo superiore del campo polmonare non è visibile perchè coperto dall'ombra delle spalle, e che nella proiezione laterale ascella-spalla (di Barson e Kappenstein) riesce visibile soltanto la parte più alta dell'apice, illustra con proiezioni di schemi e di riproduzioni di radiogrammi, una proiezione laterale dell'apice che mette in evidenza la parte più bassa di questa.

Per ottenere tale proiezione il paziente viene messo contro la cassetta radiografica in posizione laterale, con il braccio dal lato da esaminare tenuto alto sotto la testa, mentre la spalla controlaterale è tenuta in basso; la proiezione riesce meglio se preceduta da radioscopia. Il raggio centrale entra dalla spalla controlaterale attraversa il mediastino superiore, il terzo superiore del lato da esaminare ed esce dall'ascella che poggia sulla cassetta (proiezione laterale degli apici spalla-ascella). Sul radiogramma il campo di indagine si presenta sotto forma triangolare, i cui lati sono dati posteriormente dall'ombra del rachide, inferiormente dalla clavicola del lato da esaminare.

Tale proiezione serve specialmente per mettere in evidenza le caverne del terzo superiore quando la proiezione sagittale non è sufficiente per porre una sicura diagnosi di caverna.

Il Segretario: A. OMODEI-ZORINI.

Società Piemontese di Chirurgia.

Seduta del 19 dicembre 1931.

Presidente: prof. M. DONATI.

Dott. FUSARI. — *Sulla scoliosi congenita da anomala posizione fetalie.*

Un nuovo metodo per la cura delle ulcere varicose.

Dott. BIANCALANA. — L'O. riferisce sui risultati della cura con il metodo di Noble e Pether. Si eseguisce la compressione dell'arto varicoso, però in corrispondenza della lesione ulcerosa, sopra la garza sterile si pone una spugna di gomma che ha lo scopo di aumentare la compressione senza provocare insofferenza al p. I casi trattati sono stati 10 ed in tutti il periodo della cura è stato brevissimo.

Prof. A. TURCO. — *Un caso di occlusione intestinale acuta in ansa contenuta in un sacco di ernia irriducibile.*

Rottura traumatica totale del coledoco datante da nove mesi.

Prof. B. QUARELLA. — In seguito ad infortunio sul lavoro un operaio aveva riportato una ferita penetrante in addome. Alla laparotomia si trovò una lesione del fegato che venne suturata. Fu lasciato uno zaffo; alla sesta giornata togliendo lo zaffo si ebbe un fiotto di bile; ne residuò una fistola biliare totale. Il p. diminuì di 30 Kg. in nove mesi. Attraverso la fistola si possono iniettare l'epatico ed il coledoco. Si pratica una seconda laparotomia, si fa una colecistogastrostomia a due piani. Il p. è guarito ed è aumentato di peso. L'O. chiede, dato che si tratta di un infortunio, quale sia il trattamento da fare all'operaio, data l'eventualità di una angiocolite secondaria, anche tardiva alla colecistogastrostomia.

Corpo estraneo nell'esofago toracico da 28 giorni. Estrazione mediante esofagotomia cervicale.

Prof. M. DONATI. — Il. p. per un complesso fatale di circostanze non poteva sapere se avesse o meno inghiottito una protesi dentaria. Finalmente all'esame radiologico si trovò la protesi a livello della 4ª-5ª toracica. Sei tentativi di estrazione con l'esofagoscopio rimasero infruttuosi. Fu decisa l'esofagotomia cervicale bassa a sin. Nella breccia chirurgica fatta sull'esofago si introdusse l'esofagoscopio a valve e si potè a questo modo estrarre il corpo estraneo. L'esofago venne suturato ad un solo piano, a punti staccati in catgut in modo da introflettere leggermente la mucosa. Si lasciò in sito un piccolissimo drenaggio.

Su di un caso di micosi della guancia.

Prof. CROVERI e dott. BORSETTI. — Dalla lesione che poteva anche essere scambiata per un carcinoma, si potè isolare un micete, che pare sia il penicillium crustaceum. Il p. venne curato col ioduro e con collutori a base di ioduri e la lesione è rapidamente guarita.

E. VILLATA.

Società Medico-Chirurgica degli Abruzzi.

Seduta scientifica del 20 dicembre 1931.

Presidenza: prof. A. GASBARRINI.

Il Presidente commemora i Soci defunti prof. Dionisi, Tinozzi, Parrozzani, Mattoli.

Contributo alla cataratta congenita famigliare.

COZZOLI (Chieti). — Riferisce su quattro casi di cataratta congenita verificatisi in tutti e 4 i bambini di una stessa famiglia nell'età dai 9 ai 12 anni. Non essendovi tare ereditarie (lue o tubercolosi) l'O. ritiene che la malattia siasi determinata per una disfunzione delle paratiroidi — come esperienze personali fatte negli animali hanno comprovato — disfunzione a suo parere determinata dalla consanguineità dei genitori (cugini di 1° grado).

Su un raro caso di epilessia jacksoniana in un bambino di 10 anni.

TOMASSINI (Pescara). — L'O. riferisce di un bambino di 10 anni con anamnesi remota completamente negativa che da un anno presenta accessi di convulsioni cloniche localizzate solo al territorio dei muscoli innervati dal 7° di sin., senza perdita di coscienza ma con turbe respiratorie e secretorie (saliva, sudore). Obiettivamente rilevasi paresi del ramo inf. del 7° di sin. controllata anche all'esame elettrico. R. W. negativa; nulla all'esame radiologico del cranio e all'esame del fondo oculare.

L'O. conclude per una forma di epilessia jacksoniana con localizzazione al piede della frontale ascendente di destra di natura per ora imprecisabile.

D'AGOSTINO (Pollutri). — *Un caso di leishmaniosi infantile in prov. di Chieti.*

Un enorme tumore varicoso della gamba.

TORTORA (Ortona). — L'O. presenta un grosso tumore varicoso solido asportato dalla regione po-

steriore della gamba di un paziente, costituito da vene ectasiche e dure, irregolarmente contorte, riportabili per la sede alla safena esterna (dal suo inizio al punto in cui perforando l'aponeurosi diventa poplitica) e alle vene trasversali che congiungono la saf. est. con l'interna. L'O. fa notare la rarità di un tale referto ed enumera le varie fasi attraverso le quali questo tumore è passato prima di raggiungere questo volume e la conseguente durezza solida.

Ricorda le esperienze del Giacomini sulla costituzione e disposizione delle valvole venose degli arti inf. e le teorie meccaniche e chimiche delle varici; parla quindi delle alterazioni delle pareti venose, delle formazioni del coagulo, dei pericoli inerenti a dette lesioni. Il tumore fu asportato in massa con legatura della safena esterna in alto e in basso, seguita dalla legatura della safena interna nel triangolo di Scarpa, al terzo medio ed inferiore della coscia. Guarigione perfetta a distanza di un anno e mezzo.

PIERMARINI (Popoli). — *Igroma fibro-emorragico della tuberosità ischiatica operato per tumore maligno.*

TATTONI (Teramo). — *Alcuni casi di anchilostomiasi nella provincia di Teramo.*

CRICCHI (Aquila). — *Mortalità infantile entro i primi due anni nel comune di Aquila.*

Fibromixoma dello stomaco.

BEDARIDA V. (Vasto). — Illustra un caso di fibromixoma originatosi dalla sottosierosa a sede esogastrica, operato con esito favorevole. Dopo alcune notizie sulla rarità dei tumori connettivali e muscolari dello stomaco si sofferma sul quadro clinico, espone argomenti personali in rapporto agli esami istologici, soffermandosi poi su alcuni particolari di evoluzione di queste neoplasie (peduncolizzazione del tumore, mancanza di torsione, processi regressivi). Accenna ai referti radiografici che possono indirizzare alla diagnosi di sede.

Nefrite apostematosa monolaterale.

BEDARIDA L. (Vasto). — Dopo aver riferito sulle lesioni anatomo-patologiche caratteristiche di questa affezione, riassume i criteri di diagnosi e sulla scorta di un caso personale a patogenesi incerta operato di nefrectomia e guarito, fa osservazioni di ordine clinico-chirurgico specie sulla condotta operativa.

Si dichiara contrario alla nefrolisi e alla pielotomia; ammette la possibilità di una nefrotomia esplorativa seguita da drenaggio per conoscere l'intensità e la diffusione del processo suppurativo. Riserva la nefrectomia ai casi gravi ed avanzati e in quelli in cui altri interventi non furono sufficienti, prospettando però le difficoltà e la gravità di una nefrectomia secondaria.

TARALLI (Chieti). — *Sclerosi del collo vescicale.*

Tubercoloma ileo-cecale.

SANGIOVANNI (Vasto). — Un caso a carattere iperplastico con un'ansa dell'ileo inglobato nella tumefazione fu operato di resezione del ceco-colon e dell'ansa ileale e di due anastomosi termino-laterale, ileo-colon trasverso, e termino-terminale, ileo-ileale. Un secondo caso già operato di g. e. a. per pilorite tubercolare per susseguente forma occlusiva intestinale completa fu operato con anastomosi latero-laterale, ileo-colon trasverso avendosi trovato stenosi da tubercoloma ileo-cecale fino allora silente. L'O. da questi due casi di diverso aspetto ed evoluzione clinica ed anatomo-patologica trae argomento per osservazioni e per un parallelo sulle forme iperplastiche e stenosanti di tubercoloma ileo-cecale.

MARINUCCI (Napoli). — *Due casi di fibroma uterino.*

SCARDAPANE (Pescara). — *Grave ambliopia in emofilico.*

Il Segretario: A. TATTONI.

Società Medico-Chirurgica Bellunese.

Seduta dell'11 novembre 1931.

Presidenza: Prof. PIERI, presidente.

La colecistografia nelle malattie delle vie biliari.

Prof. M. LAPENNA. — L'O. accenna brevemente a dettagli di tecnica che permettono i più sicuri risultati diagnostici, in particolar modo insiste sulla somministrazione per via endovenosa della sostanza opaca (tetraiodofenolftaleina) da lui adottata sistematicamente e che gli ha consentito nella grandissima maggioranza dei casi di giungere a conclusioni diagnostiche ben definite.

L'O. si sofferma poi particolarmente sullo studio funzionale della colecisti mediante somministrazione di sostanze medicamentose o alimentari, ed in particolare sulla prova funzionale di Boyden Bronner. Insiste sulla relativa frequenza con cui si osservano le colecistiti non calcolose, diagnosticabili mediante ricerche parallele, cliniche e radiologiche, e la prova di Meltzer Lyon con la raccolta frazionata della bile.

Di grande interesse è lo studio colecistografico nelle sindromi funzionali: nella atonia ed ipertonia essenziale della colecisti e nella nevrosi dolorosa o colecistalgia, sindromi tutte la cui diagnosi precisa è di grande importanza agli effetti della terapia, giovandosi tali forme grandemente degli interventi sul sistema nervoso viscerale (secondo Pieri).

L'insulinoterapia negli eczemi diatesici dell'infanzia.

Prof. R. DARDANI. — L'O. comunica i risultati ottenuti in 8 casi di eczemi diatesici curati con l'insulina per via ipodermica.

Praticando una iniezione settimanale d'insulina in dose di una unità clinica pro chilo del peso del bambino ha osservato la graduale riduzione (dopo 2-3 settimane) della forma morbosa.

In un caso di eczema secco ebbe a registrare una recidiva a distanza di 8 mesi, per la quale nessun effetto mostrò di più avere l'insulinoterapia.

Quasi costantemente l'O. ha visto seguire, specialmente dopo le prime 2-3 iniezioni delle crisi d'ipoglicemia anche di una certa gravità, per cui ritiene opportuno raccomandare molta prudenza nell'impiego di tale trattamento.

Dott. M. BOSMIN. — *Sulla cura operatoria della roltura dei legamenti crociati del ginocchio.*

Dott. G. LISE. — *Aplasia congenita del muscolo gran pettorale.*

Il Segretario: G. LOCATELLI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Considerazioni anatomiche e cliniche sulla tromboembolia.

Nella genesi della trombosi e dell'embolia postoperatoria ha una grande importanza la rete venosa plantare rappresentata da un convoluto di vene situato davanti il calcagno subito sotto il malleolo interno. Si è osservato in casi di trombosi periferiche degli arti inferiori un leggero edema e dolore alla pressione fra il margine posteriore della tibia e il tendine achilleo.

Payr (*Arch. Klin. Chir.*, vol. 162, pag. 218, 1930), pensa che molto spesso la trombosi in questa regione preceda la trombosi e l'embolia. In 15 casi è stata rinvenuta 9 volte. Clinicamente la lesione si rende evidente con l'edema e il dolore alla pressione due-tre giorni prima che compaiano i sintomi della trombosi o si presenti l'embolio.

Dal punto di vista della profilassi della tromboembolia postoperatoria è da consigliarsi mezzi che valgano a impedire la formazione di una trombosi delle vene della rete plantare. A questo scopo il Payr consiglia di invitare il paziente a premere più volte al giorno con il cavo del piede su un cilindro di legno. Anche massaggi di questa regione renderanno più difficile lo stabilirsi di una trombosi.

P. VALDONI.

Etiologia e terapia della trombosi.

O. Butzengeiger (*Deut. Mediz. Wochenschr.*, n. 17, 1931) rileva che durante gli ultimi 10 anni la trombosi è notevolmente aumentata di frequenza, così da arrivare il numero dei casi a 3-10 volte quello dei decenni precedenti. Questo aumento dei casi di trombosi è dovuto principalmente all'infezione grippale. La tossina grippale è infatti uno spiccato veleno endoteliale. Nella cura della trombosi si ottengono ottimi risultati con la applicazione di mignatte in corrispondenza alla regione colpita: in genere è sufficiente l'applicazione di due mignatte che si lascieranno succhiare fino a sazietà, se i sintomi persistono si ripete la stessa applicazione. Il successo è subordinato alla precocità dell'applicazione delle mignatte: è quindi necessario non misconoscere i sintomi iniziali della trombosi. Così una trombosi all'arto inferiore si manifesta con dolore alla pressione della pianta del piede, una trombosi delle vene del bacino con disturbi emorroidari, con sensibilità dell'ano ai clisteri e con una ritenzione di urina che compare solo alcuni giorni dopo l'operazione.

R. POLLITZER.

L'acetilcolina in terapia.

È nota la straordinaria rapidità con cui svanisce l'effetto emodinamico dell'acetilcolina iniettata in circolo. Poichè l'acetilcolina vien distrutta in 2-3 minuti per opera di una esterasi sanguigna, l'uso di essa in terapia appare problematico e l'effetto che si nota in clinica deve essere riportato alla colina che dalla acetilcolina si origina nel sangue sotto l'azione immediata di quello speciale fermento che è l'esterasi.

Poichè Loewi e Navratil osservarono che l'azione esterasica del sangue sull'acetilcolina è inibita da tracce di eserina, G. Viale (*Accademia Medica*, 15 luglio 1931) ha saggiato se il previo trattamento di un animale con eserina modificasse l'azione dell'acetilcolina sulla pressione e sul cuore di cani in narcosi cloralosica. Ha così osservato che la previa iniezione di eserina rende più profonda e più duratura l'azione emodinamica dell'acetilcolina iniettata nelle vene; non solo, ma anche la iniezione sotto cute, che normalmente nelle dosi usate dall'A. è priva di qualsiasi effetto, può invece provocare una durevole caduta di pressione nel cane previamente eserinizzato.

L'A. ha poi constatato che la previa iniezione di eserina intensifica l'azione emodinamica delle sostanze vagali, in quanto sensibilizza gli ordegni nervosi autonomi su cui essi agiscono; per quanto riguarda l'acetilcolina si deve forse anche ammettere l'inibizione che l'eserina esplica sull'azione esterasica dei tessuti.

La terapia potrebbe dunque avvantaggiarsi dall'azione dell'acetilcolina, ed in genere delle sostanze vagali, previa iniezione di eserina.

C. TOSCANO.

Legatura dell'aorta addominale per aneurisma dell'arteria iliaca comune.

Nella letteratura sono noti 11 casi, 6 di chiusura completa e 5 di chiusura incompleta dell'aorta addominale. Tutti eseguiti da chirurgi americani dal 1900 in poi.

P. La Roque (*Ann. of Surg.*, vol. XCIII, n. 4), ne aggiunge 2, 1 di chiusura completa, l'altro incompleta. Può interessare anche al medico pratico la conoscenza di tali interventi.

Nel primo caso si trattava di una giovane donna, luetica che presentava un grosso aneurisma della a. iliaca comune D. L'A. non potendo legare l'arteria a monte perchè coperta dalla sacca aneurismatica, legò l'aorta sotto la mesenterica inferiore, prima con un laccio di grossa seta, poi con un cordone di cotone più morbido. Dopo 14 mesi l'operata sta bene; solo la femorale s. presenta una debole pulsazione.

L'altro caso fu operato da Watts, il quale con una fettuccia strinse il lume dell'aorta sotto la mesenterica superiore, fino a ridurre il calibro del vaso a circa 6 mm. La paziente visse in buone condizioni per anni 3 e mezzo finchè morì pare per rottura dell'aneurisma.

L'A. riferisce in dettaglio gli altri casi della letteratura e anche altri casi di aneurismi di altri grossi vasi.

Le legature di questi in continuità finiscono sempre presto o tardi per usurare la parete. Se fu usato materiale di legatura grosso, allora passa un tempo sufficiente perchè si formi attorno alla legatura un manicotto connettivo che impedisce le emorragie secondarie. Con legature sottili, queste possono prodursi anche in due giorni; lo stesso avviene con le fascie metalliche. Il lume arterioso si ristabilisce sempre. L'aorta non può essere legata in due punti e poi sezionata; ciò è quasi sempre incompatibile con la vita e sempre colla vitalità degli arti.

Del resto, queste legature non sono sufficienti a guarire un aneurisma. L'operazione di scelta deve essere quella di Halsted; si può praticare una legatura solo quando la estirpazione della sacca non è fattibile.

M. ASCOLI.

NOTE DI TECNICA.

Del valore della reazione del blu-Nilo per la diagnosi dell'età della lattazione nella donna e del differenziamento fra le varie specie di latte.

Tra i vari metodi proposti finora per il differenziamento delle diverse specie di latte per mezzo di reazioni cromatiche gli AA. ne preferiscono uno recentemente ideato da Bunn Yci Kurriva e Masataka Koniski. Esso consiste nell'aggiungere ad una goccia di latte, posta sopra un porta-oggetti, una goccia di soluzione di solfato di blu-Nilo al 7 %, mescolare bene, ricoprire con vetrino copriogetti ed esaminare al microscopio.

I globuli di latte umano appaiono colorati in rosso-arancio, mentre quelli di colostro in rosso. Invece i globuli del latte vaccino non assumono in genere queste colorazioni.

V. Borra, M. Goldschmidt (*La Pediatria*, 15 novembre 1931) hanno sperimentata questa reazione cromatica sul latte di 70 donne e su quello di mucca, capra e pecora.

La reazione cromatica del colostro fu ricercata in dieci donne: i globuli del colostro apparvero colorati in rosso arancio nel 65 % dei casi e in giallastro nel 35 %.

La reazione cromatica del latte venne praticata su quello di 60 donne con ben 238 osservazioni complessive.

Nel 42,4 % dei casi la tinta dei globuli fu rosso-arancio; nel 34 % giallo con sfumature rosse ed arancio; nel 10,5 % giallo-pallido, nel 2,9 % rosso acceso e rosso-pallido.

Nel primo quadrimestre dell'allattamento fu notata una preponderanza netta del colore rosso-arancio, mentre nei mesi successivi fu rilevato il predominio delle sfumature giallo-arancio.

Nel latte di mucca, capra e pecora gli AA. hanno visto i globuli colorati in azzurro, mai in arancio o giallo o rosso.

Partendo dal concetto che il solfato di blu di Nilo è adoperato in istologia per differenziare nei tessuti i grassi neutri dai prodotti della loro scissione: acidi grassi e saponi, gli AA. hanno istituito ricerche allo scopo di accertare se la reazione cromatica in quistione fosse dovuta veramente alla presenza dei grassi neutri e degli acidi grassi.

I risultati ottenuti hanno loro fatto concludere che il solfato di blu-Nilo dà una colorazione diversa ai globuli del latte secondo che in essi predominino gli acidi grassi o i grassi neutri: perciò il differenziamento tra latte umano e animale, è dovuto al diverso contenuto in acidi grassi volatili. La differenza in contenuto di tali sostanze se è di una certa entità nel latte delle varie specie animali è però minima nel latte di una stessa specie nei vari periodi di lattazione, per cui non si possono ottenere reazioni sufficientemente approssimative per diagnosticare l'età della lattazione stessa nella donna. VICENTINI.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Intossicazione alcoolica e narcosi.

Amorosi (*Rinascenza Medica*, n. 7, 1931) ha studiato l'influenza della narcosi con etere o cloroformio sul metabolismo cellulare di vari organi di cavie già sottoposte ad intossicazione alcoolica in confronto di animali normali e sottoposti allo stesso genere di anestesia generale. Il metodo usato è stato quello della deidrogenazione di Lipschitz.

In animali già intossicati da alcool ha notato che il quoziente respiratorio del cervello, fegato e rene viene diminuito più dal cloroformio che dall'etere; quello del polmone più dall'etere che dal cloroformio; quello del tessuto muscolare viene aumentato dal cloroformio e leggermente diminuito dall'etere.

Le alterazioni dei tessuti intossicati da alcool, messe in rilievo col metodo della deidrogenazione, trovano pieno riscontro nell'anatomia patologica. Il metodo di Lipschitz può però indicarci l'entità delle lesioni quantitative.

GIACOBBE.

IGIENE.

L'inutilità delle disinfezioni.

Si è già accennato in passato alla inutilità delle disinfezioni finali in diverse malattie, come nella scarlattina e nella difterite. Un'osservazione di W. Eliassow (*Deut. med. Wochens.*, 14 agosto 1931) viene a portare una nuova conferma a tali vedute.

In una stanza abitava una famiglia composta dei genitori e di 5 figli da 1 ad 8 anni; uno di essi si ammala di difterite e viene portato all'ospedale dove muore. Cinque giorni dopo la disinfezione finale, si ammala un altro bambino, che muore per crup. In seguito, altra disinfezione finale, un giorno dopo la quale, si ammala un terzo bambino, che finisce poi col guarire.

Ricerca dei bacilli di Löffler nei membri sani, negativa; non si potè stabilire la via dell'infezione. La disinfezione era stata fatta accuratamente con sublimato e lisolo, ma essa aveva avuto soltanto un effetto simbolico risparmiando i bacilli che provocarono i casi susseguenti. *fil.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

Sulla fecondazione artificiale. — Al dott. F. N., da A., abb. n. 2494.

Non conosciamo monografie sulla fecondazione artificiale. L'argomento viene trattato, di tanto in tanto, su qualche rivista. Recentemente se ne è occupato Lugue, in *Medicina Ibera* del 28 febbraio 1931.

Stabilite le indicazioni della fecondazione artificiale ed assodato che, nell'uomo, non esistono nè gonococchi, nè azoo-, oligo-, necrospermia, nè leucocitosi dello sperma, si raccoglie questo mediante un coito praticato con preservativo di gomma. Lo si versa in una provetta od in una capsula Petri (sterile ed asciutta!) e se ne carica la siringa.

La donna va messa in posizione ginecologica; dopo accurata pulizia dei genitali esterni, si introduce lo specolo ad una valva ed, abbassato il collo dell'utero con una pinza, si introduce la siringa nell'utero stesso per 2-3 centimetri (se la dilatazione non è sufficiente, passare i dilatatori di Hegar fino al numero 5), e si inietta lentamente ma senza scosse qualche goccia dello sperma. Si lascia in posto la siringa per qualche minuto e poi la si estrae assicurandosi che lo sperma non fuoriesca in vagina. La donna deve poi rimanere per un paio d'ore in decubito supino con la pelvi rialzata.

L'iniezione va fatta nell'utero per evitare che il muco vaginale possa in qualche modo ledere gli spermatozoi; si può usare la stessa siringa di Braun.

Tutti gli oggetti e strumenti da usarsi debbono essere sterili, asciutti e ad una temperatura vicina a 37°; evitare, nel modo più assoluto, l'uso di antisettici. L'epoca più conveniente per praticare la fecondazione artificiale è 10-15 giorni dopo la mestruazione. *fil.*

Al dott. T. N. da P.:

In ogni trattato moderno, dal più piccolo (*Elementi di Ginecologia*, di P. Gaifami, editore L. Pozzi, Roma), al più voluminoso (Halban e Seitz: *Biologie des Weibes*, ed. Urban, Schwarzenberg) è ampiamente trattato il capitolo della patologia della mestruazione. Nello Schroeder, la cui traduzione italiana è recente per opera della U. T. E. T., tale capitolo è svolto in modo esauriente, pur essendo quello un trattato di media mole. Molto più ampia esposizione fa lo stesso Schroeder nel Trattato di Veit, nella nuova edizione ora curata da Stoeckel; qui si trova anche una bibliografia ricchissima. Una monografia utile può essere pure quella di Bompiani, *L'età pubere*, edita da L. Pozzi, Roma. *p. g.*

Al dott. G. M. da M.:

Da informazioni assunte risulta che nè per ora, nè prossimamente, avranno luogo gli esami di idoneità per i medici che aspirano ad essere autorizzati a imbarcare come medici di bordo.

Il programma dei suddetti esami fu pubblicato con Decreto Ministeriale 1 marzo 1926, che Ella troverà nel Bollettino di legislazione e disposizioni ufficiali del Ministero dell'Interno, medesimo anno. Però occorre tenere presente che il programma può essere modificato. C.

Al dott. F. D. A., abb. n. 3649:

Per il *Trattato di Odontoiatria Pratica* del Prof. Szabò (1928) può rivolgersi direttamente al traduttore italiano Dott. Bruno Polacco, Via Garibaldi 30, Fiume.

Del *Trattato italiano di Odontotecnica* del Prof. Carlo Platschick è uscita una seconda edizione (Tipogr. edit. L. F. Cogliati, Corso P. Romana, 17, Milano). A. P.

VARIA.

Il latte di vergine.

È nota la leggenda del latte delle vergini anconitane con cui sarebbero stati nutriti i guerrieri durante l'assedio del Barbarossa, sicchè la città non potè essere presa nemmeno per fame. Casi di secrezione lattea in ragazze ed in donne che non avevano figliato e persino in uomini sono stati riferiti, ma appartengono alle rarità e forse alle leggende.

Un caso di secrezione lattea in una vergine viene ora riportato da Rogalski (*Tunisie médicale*, giugno 1931); riguarda una ragazza un po' anzianotta, di una quarantina d'anni, operata circa 10 anni prima per un rene tubercoloso ed affetta da cistite di probabile origine tubercolare. Essa si presentò all'A. accusando da una settimana l'incomodo di una secrezione da entrambe le mammelle di un liquido bianco che, all'esame microscopico e ad un ulteriore esame più completo, si dimostrò trattarsi di latte.

All'esame obbiettivo, i seni si presentavano piuttosto piccoli, non dolenti alla pressione, senza traccia di mammite, con i capezzoli molto piccoli; ventre trattabile, molto magro; organi genitali esterni normali, con presenza dell'imene. Con l'espressione dei seni, si poterono facilmente raccogliere una diecina di cmc. di latte.

La secrezione era spontanea, senza che fosse stata in alcun modo eccitata; continuava ancora dopo una diecina di giorni. A. F.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

V. - Riduzioni del trattamento economico per effetto dei decreti 1927 n. 1159 e 2672. Caro viveri.

La V^{a} Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 13 gennaio 1931, della quale demmo notizia approvandola, ha dichiarato che lo *stipendio* non è soggetto alle riduzioni stabilite dai citati decreti. Parere diverso aveva espresso la I^{a} Sezione del Consiglio di Stato, in sede consultiva.

La incertezza è stata superata dalle istruzioni ministeriali che qui riportiamo:

« Con decisione 13 gennaio scorso, il Consiglio di Stato in sede giurisdizionale, ha ritenuto che la retribuzione principale corrisposta al personale degli enti locali e cioè lo stipendio ed il salario, non sia suscettibile delle riduzioni prescritte ai RR. DD. LL. 13 giugno e 29 dicembre 1927 numeri 1159 e 2672 che hanno esteso al personale predetto le norme relative alla riduzione degli assegni del personale dello Stato.

Il Ministero, pur ritenendo che tale decisione non sembri conforme allo spirito dei citati decreti-legge e derivi da un'interpretazione, forse esclusivamente letterale, del Regio D. L. 14 novembre 1929, n. 2044, ha considerato che l'applicazione di essa, mentre non avrebbe alcuna notevole ripercussione sui bilanci degli enti interessati, si risolverebbe, nella quasi generalità dei casi, in un provvedimento di carattere equitativo.

« Nulla osta, pertanto, da parte del Ministero a che le LL. EE. diano corso alle deliberazioni eventualmente adottate in applicazione del principio sancito dalla decisione suaccennata ».

Si deve, quindi, provvedere alla revisione delle riduzioni applicate in forza dei due decreti del 1927 n. 1159 e 2672. Gli interessati possono farne domanda al Podestà e, nel caso di rifiuto o di oscitanza, al Prefetto, chiedendo anche il pagamento delle somme non riscosse per effetto di indebite riduzioni.

A proposito della indennità caroviveri, che non è compresa fra le spese obbligatorie, è sorto il dubbio se, in seguito al nuovo Testo unico delle leggi per la finanza locale, sia soggetta alle limitazioni e alle norme concernenti le spese facoltative anche quando la indennità sia dovuta in forza di un vincolo validamente costituito.

Il Ministero ha dato istruzioni nel senso più favorevole agli impiegati: per tutta la durata del vincolo obbligatorio già costituito, la spesa è considerata obbligatoria e la indennità permane in ogni caso; scaduto il termine, si applicheranno le norme relative alle spese facoltative.

VI. - Concorso - Potere di scelta.

Sono stati esaminati recentemente due casi che, pur riferendosi ad un indirizzo ormai costante della giurisprudenza, sono interessanti.

Il Podestà del Comune di Arpaia aveva nominato il secondo graduato, considerando che, se fosse stato assunto il primo, ne sarebbe derivato maggior onere finanziario al Comune perchè, agli effetti dell'anzianità e, quindi, degli aumenti periodici, si sarebbe dovuto valutare il servizio militare prestato in guerra da quel concorrente.

La V^{a} Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 21 marzo 1931, ricorrente Amoroso, ha dichiarato che questa motivazione è illegittima. Il Podestà può scegliere per considerazioni attinenti all'interesse del servizio, ma non può determinarsi per motivi che, oltre tutto, sono contrari alla legge. Se questa assicura agli ex combattenti un determinato trattamento, « il fatto di mostrarsene preoccupato — dice la decisione — è manifestazione non riverente da parte di una pubblica amministrazione, che deve onorare tali benemerenze e non convertirle in circostanze di svantaggio ».

Altra decisione, recentissima, riafferma la giurisprudenza costante della V^{a} Sezione, in contrasto con le note istruzioni ministeriali, e dichiara che è motivo legittimo di scelta il servizio lodevolmente prestato per ufficio interinale nello stesso Comune (decisione 5 dicembre 1931, ric. Carlo Amelio).

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI esercente in Cassazione, cons. legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ADRIA (*Rovigo*). — Scad. 29 feb.; concorsi a medico condotto VII Riparto (fraz. Bellomba) ed a direttore del Dispensario anticeltico. Chiedere avviso alla Segreteria del Comune precisando posto.

ANCONA. *Manicomio Provinciale.* — Due posti di praticante interno: uno con incarico di Settore a L. 7000; l'altro L. 5000. Ambedue i stipendi lordi di R. M. e del 12 %. Per entrambi vitto e alloggio. Servizio di guardia a giorni alterni; votazioni di esami; preferenza: pratica di ricerche sierologiche, biologiche e istopatologiche. Scad. 29 febbraio.

AREZZO. *Ospedale Vitt. Em. III.* — Assistente nel Reparto Medico; L. 5200 lorde; documenti di rito; lim. di età a. 35; nomina e una riconferma biennali. Scad. 12 marzo.

BOLOGNA. *Comune.* — Scad. 25 mar.; 7ª cond.; L. 8800 e 5 quadrienni dec., addizionale L. 3 sopra 1300 pov.; riconoscim. servizi anteriori (fino a 10 anni); per trasp. L. 500-1000-3000, per l'ambulatorio L. 1000, c.-v.; deduz. 12 %; età lim. 45 a.; tassa L. 50,10.

CARRARA. *Congregaz. di Carità.* — Scad. 29 feb.; medico primario, radiologo primario e aiuto di chirurgia; stip. rispett. L. 8500, 9500 e 7200; al radiologo 40 % incassi e divieto attività professionale fuori dell'Ospedale; età lim. a. 45 per i primari e 35 per l'aiuto; tassa rispett. L. 100,10 e L. 50,10.

CASTORANO (*Ascoli Pic.*). — A tutto 25 mar.; età lim. 45 a.; tassa L. 50,15; doc. a 3 mesi dal 25 gen.; stip. L. 8700 e 5 quadrienni dec., oltre lire 500 indenn. laurea, L. 500 uff. san.; deduz. 12 %; per trasp. L. 2376; età lim. 45 a.

CERANO (*Novara*). — Scad. 15 apr.; L .7000 oltre c.-v., L. 650 trasp., L. 500 alloggio; riduz. 12 %; tassa L. 50,10.

CHIETI. *Ospedale Civile.* — Chirurgo primario e medico primario. Stipendio pei singoli posti L. 6000. Libera docenza o primariato di 5 anni. Richiedere avviso originale Segreteria Congregazione di Carità. Tassa concorso L. 50,10. Scadenza 5 marzo.

COASSOLO TORINESE (*Torino*). — Scad. 25 apr.; con Monastero; L. 7040 aumentabili, oltre L. 800 uff. san., L. 100 alloggio; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

COMO. *Comune.* — Medico aggiunto presso l'Ufficio Municipale d'igiene; proroga a ore 17 del 10 apr.

COMO. *Ospedale S. Anna ed Uniti Ll. Pp.* — Dirigente del Laboratorio di anatomia patologica e bacteriologia; dirigente del Reparto di radiologia e terapia fisica; stipendi rispettiv. L. 18.000 e lire 12.000 lorde delle riduzioni e trattenute di legge; interessenza; limitazioni dell'esercizio profession.; scad. 12 apr. Medico-chirurgo aggiunto; L. 4200 decurtate 12 % e lorde di R. M.; partecipaz.; nom. triennale; scad. 15 apr. Titoli ed esami. Tassa lire 50. Doc. a 3 mesi. Rivolgersi all'Ufficio di Segreteria del Consiglio d'Amministrazione.

COSENZA. *Amministrazione Provinciale.* — Coadiutore della Sezione Medica e coadiutore della Sezione Chimica del Laboratorio Provinciale d'Igiene e Profilassi. Stipendio iniziale L. 13.700, oltre tre aumenti quadriennali sino a L. 16.000; indennità servizio attivo L. 3500, il tutto da ridursi del 12 % e delle ritenute di legge. Titoli ed esami. Scadenza 30 aprile 1932-X. Chiedere bando alla Segreteria.

FARA FILIORUM PETRI (*Chieti*). — Scade il 29 febbraio. Medico condotto L. 9000, oltre L. 1500 cavalcatura e L. 500 incarico Ufficiale Sanitario, meno 12 % e ritenute di legge. Servizio entro 20 giorni. Tassa L. 50,10. Chiedere annunzio Segreteria comunale.

FIANONA (*Pola*). — Scad. 29 feb.; L. 9000 e 4 quadrienni dec., L. 900 indenn. malaria, L. 4000 vettura; riduz. 12 %; tassa L. 50,10.

FIRENZE. *Comune.* — Medico capo del Dispensario Celtico Comunale; L. 6500, ridotte del 12 %; scad. ore 17 del 15 mar.; doc. a 3 mesi dal 20 gen.; età lim. 40 a.

FIRENZE. *Spedale « S. Giovanni di Dio ».* — Assistente chirurgo; onorario annuo L. 5000, oltre indennità di guardia L. 1200, c.-v., compartecipaz.; non oltre 5 anni di laurea; doc. a tre mesi dal 16 gen. Rivolgersi al Presidente del Consiglio d'Ammin. Scad. ore 16 del 31 mar.

FOGGIA. *R. Prefettura di Capitanata.* — Uff. sanitari dei comuni di Foggia, Manfredonia, Margherita di Savoia, S. Giovanni Rotondo; stipendi L. 15.200 (oltre L. 1200 serv. att.) per il primo posto, L. 8000 per gli altri; 5 quadrienni dec.; divieto occupaz. interferenti e, per il comune di Foggia, anche dell'esercizio profess.; titoli ed esami; doc. a 3 mesi dal 20 gen.; tassa L. 50,20 alla Tesoreria del comune ove si aspira di essere nominato; scad. ore 16 del 31 mar. Chied. annunzio. Rivolgersi Ufficio Med. Prov.

GATTEO (*Forlì*). — Scad. 29 feb.; L. 7000 e bienni ventes., oltre L. 2500 cav., c.-v., L. 500 se uff. san.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 29 gen.

MARSICO NUOVO (*Potenza*). — A tutto 10 mar.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 25 gen.; serv. entro 20 gg.; stip. L. 6000 ridotte 12 %.

MONTERENZIO (*Bologna*). — Scad. 29 feb.; per Borgo di Bisano; L. 9800 oltre L. 3000 cav. e L. 500 ambulat.; riduz. 12 %.

NAVE (*Brescia*). — Scad. 15 apr.; con Bovezzo; L. 9000 e 6 quinquenni dec., oltre c.-v., L. 2000 trasp., L. 500 uff. san.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,15.

PALERMO. — Scad. 7 apr.; assistente al dispensario celtico; L. 7000 non suscettibili di aumenti periodici nè pensionabili, oltre L. 1700 serv. att., c.-v.; riduz. 12 %; età lim. 35 a. al 10 gen.; tassa L. 50.

PAVIA. *R. Prefettura.* — Uff. sanit. pel consorzio Mele e uniti; v. fasc. 2; proroga 1° aprile.

PERTICA BASSA (*Brescia*). — Il concorso al posto di medico del consorzio Ono-Degno e Levrange di Pertica Bassa e Presegno di Lavenone, è proro-

gato a tutto il 31 marzo 1932. Stipendio L. diecimila; indennità trasporto L. tremila; compenso servizio di Ufficiale Sanitario L. cinquecento; il tutto decurtato del 12 % e delle ritenute di legge. Richiedere copia avviso di concorso al Municipio di Pertica Bassa (Brescia).

POLLENZA (*Macerata*). — Scad. 29 feb.; 2ª cond.; L. 8000 oltre c.-v., L. 500-1800-2500 trasp., L. 1000 ambulat.; riduz. 12 %; 5 quadrienni dec.; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

RAMISETO (*Reggio Em.*). — A ore 18 del 15 apr.; età lim. 35 a.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 15 gen.; stip. L. 7040 e 5 quadrienni dec. oltre lire 2640 indenn. categoria, L. 880 uff. san., L. 2640 cavalc., L. 440 ambulat., c.-v.

ROMA. *Ministero delle Comunicazioni* (*Ferrovie dello Stato*). — Concorso per titoli ai seguenti posti di medico di riparto: Sulmona, Monterotondo, Ronciglione (Roma), Formigaro (Alessandria). Domanda agli Ispettorati sanitari indicati tra parentesi. Scad. ore 17 del 25 marzo.

ROMA. *Ospedale Oftalmico della Provincia.* — Primario direttore; scad. ore 12 del 30 mar.; età lim. 45 a. al 25 gen.; L. 4000 annue e premio di cointeressenza. Chiedere annunzio. Rivolgersi alla Segreteria, via del Gianicolo 1.

ROMA. *Pio Istituto di S. Spirito ed Ospedali Riuniti.* — Conc. per esami a 40 assistenti medico-chirurghi; scad. ore 16 del 10 mar.; età lim. 30 a. al 31 gen.; tassa L. 50 al tesoriere; stip. L. 4500 ridotte del 12 %; c.-v. Chiedere annunzio alla Segreteria Generale.

RONCADE (*Treviso*). — Scad. 31 mar.; 2° riparto; L. 8500 oltre L. 2500 cavallo, c.-v.; rivolgersi Segreteria.

SAN REMO (*Imperia*). — Due posti di medico-condotto per le frazioni di Poggio-Verezzo e Bussana: stipendio annuo lordo L. 7500; scadenza ore 18 del 29 febbraio. Chiedere chiarimenti alla Segreteria Comunale di San Remo.

SASSARI. *Ente Provinciale per la lotta contro il tracoma.* — Ispettore dei servizi antitracomatosi; scad. 30 apr.; titoli ed esami; L. 24.000, ritenuta 12 %, spese viaggio 1ª classe, indenn. chilometrica; divieto eserc. libero. Chiedere annunzio. Età lim. 50 a.

SCHIO (*Vicenza*). *Congregaz. di Carità.* — Chirurgo primario dell'Ospedale Civile Baratto; lire 6000 aumentabili per quadrienni fino a L. 8000 oltre L. 2000 serv. att. e c.-v.; riduz. 12 %; scad. 31 mar.; età lim. 40 a.; 6 anni di servizio continuativo in ospedali o cliniche chirurgiche o istituti di patologia chirurgica; doc. poster. al 31 dic.

SENIGALLIA (*Ancona*). *Ospedale Civile.* — Al 12 mar.; primario specialista ostetrico-ginecologo; età lim. 40 a. al 10 feb.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi; stip. L. 6000 e 12 bienni ventesimo; c.-v.; ritenute di legge; partecipazione. Chiedere annunzio. Rivolgersi Segreteria.

SPINEDA (*Cremona*). — Scad. 29 feb.; L. 11.500 oltre L. 1000 uff. san., alloggio 10 vani di proprietà del Comune dietro corresponsione di fitto normale.

SUZZARA (*Mantova*). — Scad. 29 feb.; L. 8000, oltre c.-v., L. 2500 trasp., L. 1000 ambulat.; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

TERAMO. *Amministrazione Provinciale.* — Scad. 21 marzo. Direttore della Sez. med.-microgr. del Labor. prov. d'igiene e profilassi; L. 13.000 oltre L. 3000 serv. att., c.-v., partecipaz.; riduz. 12 %; 2 quinquenni di L. 1000 e 2 di L. 1500; età lim. 45 a.; doc. a 3 mesi dal 3 feb.; serv. entro 15 gg.; divieto eserc. profess. Chied. annunzio.

TERNI. *Amministrazione Provinciale.* — Direttore Sezione Chimica Laboratorio Provinciale Igiene e Profilassi. Stipendio L. 14.500, cinque aumenti quinquennali di L. 1250 ciascuno, servizio attivo L. 2500 e indennità caro-viveri come per gli altri impiegati della Provincia. Stipendio e indennità al lordo trattenute di legge e ridotti del 12 % a norma del R. D. L. 20-11-1930, n. 1491. Concorso per esami e titoli. Scadenza 30 aprile 1932. Per chiarimenti e bando integrale rivolgersi alla Segreteria della Provincia.

TORINO. *Ospedale Maggiore di S. Giov. Batt. e della Città.* — Primario di chirurgia generale e primario di urologia; condizioni visibili all'Albo; per ulteriori schiarimenti rivolgersi Direz. Ospedale.

TRECATE (*Novara*). — A tutto 15 aprile; L. 7000, oltre le varie indennità fissate dal capitolato; riduzione 12 %; 10 aumenti ventesimo.

VICENZA. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Direttore sanitario e aiuto medico del Dispensario Provinciale di Vicenza; titoli; scad. 31 mar.; stip. rispettivamente L. 20.000 e L. 16.000; serv. att. L. 4000 e L. 3000. Chiarimenti alla Segreteria del Consorzio (presso l'Amministrazione Prov.).

VITERBO. — Scad. 10 mar.; medico condotto supplente; L. 7000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1000 trasp.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

CONCORSI A PREMI E BORSE DI STUDIO.

Premio Guido Banti.

È stato istituito presso la R. Università di Firenze coi proventi del fondo raccolto dal dott. Silvio Dessy, allievo del prof. Guido Banti, fra i medici di Buenos Ayres, per onorare la memoria del Maestro. È destinato a lavori originali sopra argomenti di anatomia o istologia patologica a preferenza con indirizzo etiologico e patogenico. I concorsi sono a scadenza biennale. Possono parteciparvi studiosi italiani regnicoli o non regnicoli o argentini, purchè le ricerche sieno state eseguite in Istituti italiani o argentini. I lavori debbono essere scritti in italiano. Si possono presentare anche lavori già pubblicati, purchè non antecedenti di due anni alla chiusura del bando di concorso. Il primo concorso, bandito il 15 gennaio 1932, scadrà il 31 maggio 1932. I lavori saranno indirizzati al Rettore della R. Università di Firenze e dovranno essere recapitati non oltre la mezzanotte del termine sopra indicato. Il premio ammonta a L. 7500; è unico, indivisibile.

Premio Alvarenga.

Il Collegio dei Medici di Filadelfia ha indetto il concorso ad un premio Alvarenga, di 300 doll., con scadenza al 14 luglio 1932, per l'autore di un lavoro di medicina con argomento a scelta. Il premio del 1931 è stato conferito a Edgard S. J. King di Melbourne (Australia), autore di uno studio sulla natura dello stroma connettivale dell'ovaio. Per informazioni rivolgersi a: The Secretary, College of Physicians, South 22d Street 19, Philadelphia, S. U. d'A.

L'Associazione nazionale donne professioniste e artiste comunica che il collegio di Bryn Wawr (Philadelphia) S. U. d'A., offre 5 borse di studio del valore di dollari 1000 ciascuna per l'anno scolastico 1932-33. Possono partecipare al concorso le donne laureate o dotate di titoli equipollenti, che abbiano un'ottima conoscenza della lingua inglese. I documenti debbono essere inviati non oltre il 10 marzo alla segreteria dell'Associazione donne professioniste e artiste in Roma, che si occuperà di trasmetterli alla Direzione generale degli Italiani all'estero.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Luigi Pagliani, che per circa 36 anni è stato titolare della cattedra d'igiene presso l'Università di Torino e tenne l'ufficio col massimo decoro e con lustro, è stato proposto da quella Facoltà Medica a S. E. il Ministro dell'Educazione Nazionale per la nomina ad emerito.

In conformità ad unanime proposta della Facoltà Medica di Genova, S. E. il Ministro della Educazione Nazionale ha conferito il titolo di emerito al prof. Pietro Canalis, andato in riposo alla fine dello scorso anno scolastico, dopo avere insegnato igiene per un lungo periodo di anni in quell'Ateneo.

Il col. med. dott. Filiberto Gargiulo è nominato direttore della Scuola di Sanità Militare di Napoli.

Il col. med. dott. Nicola De Mare è nominato direttore del Gabinetto batteriologico di Pola.

Il Consiglio della Facoltà Medica di Bari ha conferito la medaglia d'oro Duranti al dott. Giuseppe Portoghese. Da alcuni anni questa medaglia viene fatta coniare dal prof. Francesco Duranti e consegnata al Rettore Magnifico, affinchè ne sia insignito un neo-dottore in medicina e chirurgia di quell'Ateneo, il quale abbia dimostrato, durante i sei anni di corso, maggiore assiduità e profitto nello studio.

Il dott. Pedro L. Errecart è nominato professore titolare di oto-rino-laringologia alla Facoltà di scienze mediche di La Plata (Argentina).

La dott.a Maria Lucas Keene è nominata professore di anatomia umana normale alla Scuola di Medicina di Londra.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Catania.

Congresso medico siciliano.

Il 6 maggio prossimo avrà luogo in Catania la seduta inaugurale del Congresso Medico Siciliano, da noi già annunziato. Saranno trattati i seguenti temi:

1) « Addome acuto ». Relatori: proff. Muscatello e Zurria.

2) « La cura immunitaria della tubercolosi ». Relatori: proff. L. Ferrannini e Sagona.

3) « Spunti di Patologia regionale ». Relatore: prof. M. Ascoli.

È anche in programma annunziata la trattazione di altri importanti argomenti di patologia d'interesse regionale.

Al Congresso sarà annessa la Mostra Nazionale del libro medico italiano. Agli ospiti si preparano cordiali e liete accoglienze. A. T.

NOTIZIE DIVERSE.

Al Consiglio Nazionale delle Ricerche.

Sotto la presidenza dell'Accademico prof. Bottazzi si è riunita la Giunta esecutiva della Commissione del Consiglio nazionale delle Ricerche per lo studio dei problemi dell'alimentazione.

Dopo ampia discussione venne stabilito il seguente programma: iniziare gli studi per la compilazione e la pubblicazione di un trattato italiano sull'alimentazione; eseguire una serie di ricerche sul metabolismo basale degli italiani; rivedere e unificare i metodi di analisi chimico-biologiche delle sostanze alimentari; esaminare il problema del trasporto e della conservazione degli alimenti in maniera da evitare, per quanto è possibile, perdite gravi di essi o pericolosi inquinamenti; svolgere un'attiva opera di propaganda perchè l'alimentazione del popolo diventi sempre più razionale ed atta a favorire la conservazione e lo sviluppo della razza.

Società Italiana di Biologia Sperimentale.

L'assemblea generale della S.I.B.S. avrà luogo in Torino presso l'Istituto di Fisiologia della R. Università, in Corso Raffaello 30, durante i giorni 29 e 30 marzo. Temi di relazione: « L'equilibrio dell'anidride carbonica nel sangue » (rel. R. Margaria); « Azione farmacologica e radioattività » (rel. A. Benedicenti).

I soci che intendono fare comunicazioni sono pregati di inviare sollecitamente al segretario generale (S. Andrea delle Dame 21, Napoli) i titoli delle comunicazioni scientifiche. I manoscritti dattilografati devono essere consegnati al segretario il giorno stesso delle comunicazioni.

I soci che intendono fare dimostrazioni sperimentali sono pregati di specificare al prof. A. Herlitzka, direttore dell'Istituto di Fisiologia di Torino, gli strumenti e gli animali di cui avranno bisogno.

I soci che si interessano in modo particolare degli argomenti delle relazioni possono richiederne entro il 15 marzo 1932 alla redazione del Bollettino (via Anelli 1, Milano) una copia dell'estratto.

Il Direttorio del Sindacato Medici.

S. E. il Capo del Governo ha ricevuto il Direttorio Nazionale del Sindacato fascista dei medici, guidato dal segretario prof. Morelli, il quale ha presentato all'on. Mussolini gli atti dell'ultimo Congresso nazionale medico, che si occupò di vitali questioni sindacali, mettendo in particolare rilievo il problema della Cassa di previdenza e delle mutue. Ha inoltre presentato il primo numero della nuova serie della rivista « La Federazione Medica » interamente rinnovata nella forma e nel contenuto.

Centro Nazionale di informazioni bibliografiche.

La « Gazzetta Ufficiale » reca il Regio Decreto 9 novembre 1931, n. 1799, concernente la istituzione in Roma di un Centro nazionale di informazioni bibliografiche:

Art. 1. — È istituito in Roma, presso la Biblioteca nazionale centrale « Vittorio Emanuele II », con personalità giuridica, il Centro nazionale di informazioni bibliografiche.

Art. 2. — Il Centro nazionale di informazioni bibliografiche ha per fine di fornire agli studiosi italiani e stranieri opportune indicazioni per agevolare le loro ricerche e, in particolare, di segnalare le biblioteche o le collezioni in cui essi possano trovare pubblicazioni, manoscritti o documenti, che loro interessino.

Il Centro nazionale corrisponde con i Centri bibliografici degli altri Stati e funziona da organo intermediario per lo scambio di informazioni di carattere bibliografico.

Giornate mediche canarie.

L'Accademia di Medicina del distretto di Teneriffa sta preparando, in Santa Cruz di Teneriffa, le « Giornate mediche canarie », per il prossimo mese di marzo. Temi ufficiali: « La mortalità infantile nelle Canarie »; « Organizzazione della classe sanitaria nelle Canarie »; « Idrologia medica canaria ». Avranno anche luogo due conferenze: Morbo di Barlow (dott. Geugou Costa di Teneriffa); Litiasi urinaria (dott. Ponce Arias di Las Palmas). Sono annunziate una cinquantina di comunicazioni. Si terranno dimostrazioni di clinica medica e chirurgica, di radiologia e di laboratorio, che completeranno la parte scientifica del convegno. Non si trascura la preparazione di feste e di trattenimenti. Per eventuali informazioni rivolgersi a: Comité organizadór, Jornadas Médicas Canarias, Academia de Medicina, Santa Cruz de Tenerife (isole Canarie).

Diamo la notizia per dimostrare come ovunque la classe medica vada acquistando coscienza dell'utilità dei convegni, i quali consentono scambi fecondi d'idee; tuttavia non crediamo che qualche medico italiano voglia o possa partecipare al modesto convegno in via di preparazione.

Società medico-chirurgica veronese.

Si è costituita in Verona, il 1° febbraio, una Società Medico-Chirurgica, con sede presso il Sindacato Medico Fascista.

L'assemblea, con voto unanime, ha chiamato alla presidenza il dott Delaini, segretario del Sindacato Medico Fascista, i proff. Spangaro ed Artom, primari dell'Ospedale Civile, il prof. Viana, direttore della R. Scuola Ostetrica, e il prof. Zambelli, primario dell'Ospedale Infantile.

Nella prima sedūta il prof. Spangaro espose le finalità della Società, formulando per essa l'augurio di vita operosa. Si svolsero poi varie comunicazioni.

Gli ospedali sanatoriali.

L'« Agenzia di Roma » dà notizia dello stato delle costruzioni dei nuovi sanatori in corso per iniziativa della Cassa nazionale per le assicurazioni sociali.

Sono attualmente in avanzata costruzione 8 sanatori per un complesso di 1478 letti. Per altri 23 sanatori, la costruzione è già stata iniziata in modo che entro il 1933 si avranno disponibili altri 7552 letti.

Fra breve saranno appaltati i lavori per altri 7 sanatori e per il villaggio sanatoriale dell'Abetina di Sondalo il quale ospiterà 2500 assicurati. Sono poi allo stato di progetto altri 13 sanatori.

Attualmente sono in funzione i seguenti istituti sanatoriali ed ospedaliero-sanatoriali: Istituto « Benito Mussolini » in Roma (Porta Furba) con 500 letti; sanatorio di Carmelata (Como) per soli uomini, con 200 letti; padiglione sanatoriale « Abetina di Sondalo » (Sondrio) per donne, con 150 letti; sanatorio di Galliera Veneta (Padova) per soli uomini, con 500 letti; ospedale sanatoriale di Vialba (Milano) con 900 letti; sanatorio di Bioglio (Biella) per sole donne, con 120 letti; ospedale sanatoriale di Lecce con 200 letti; ospedale sanatoriale di Sassari con 200 letti; ospedale sanatoriale di Busto Arsizio (Milano) con 180 letti.

L'« Agenzia di Roma » prevede che per il 1934, con notevole anticipo sul limite di tempo fissato dalla legge, saranno a disposizione della Cassa Nazionale e dei Consorzi antitubercolari, per i bisogni della ospedalizzazione dei curandi, circa 17 mila letti, nei 50 ospedali sanatoriali che la Cassa sta costruendo, oltre ai ricoverati del villaggio sanatoriale di Abetina di Sondalo in Valtellina.

Sezione Emilia e Romagna della Federazione contro la tubercolosi.

È stata tenuta a Bologna, sotto la presidenza del sen. prof. Viola, la prima riunione del Consiglio direttivo per la costituzione della Sezione « Emilia e Romagna » della Federazione italiana nazionale fascista della lotta contro la tubercolosi.

Il presidente prof. Viola ha richiamato le direttive della Federazione per la lotta contro la tubercolosi ed esposto gli scopi delle Sezioni regionali, create recentemente dalla Federazione dopo il Congresso di Bologna, in cui fu deliberata la fusione della Società degli studi scientifici sulla tubercolosi e di quella dei medici dei dispensari e dei sanatori con la Federazione.

Le finalità delle Sezioni sono a carattere scientifico e sociale. I numerosi problemi, che attualmente si agitano nel campo della tubercolosi, devono essere oggetto di larga trattazione nelle sedute regionali: gli spiriti pubblici, secondo il desiderio e il volere del Duce, devono essere largamente attratti alla conoscenza di questo grave problema d'interesse generale, ma soprattutto le Sezioni devono avere il compito di coordinare il movimento antitubercolare, secondo le direttive della Federazione e seguendo le norme impartite dalla Direzione della Sanità pubblica.

Per l'assistenza morale ai tubercolotici.

È uscito a Roma un periodico mensile « L'Animatore » che ha per scopo di porgere una spirituale assistenza ai malati di tubercolosi.

Il periodico reca articoli del prof. Mendes, del prof. Zannelli, del dott. Scarinci, di Mariano De Praya Frangipane, del prof. Zubiani, di Paolo Perrucchetti.

Una interessante rubrica è quella che riguarda « La vita dei Sanatori »; nè mancano la varietà e la poesia e il consiglio per le letture e la risposta ai varii quesiti per la definizione di pratiche di ricovero di pensioni, sussidi, ecc. Nell'insieme, si tratta di una encomiabilissima iniziativa.

Zone malariche che scompaiono.

La « Gazzetta Ufficiale » pubblica un R. Decreto che sclassifica dalle zone malariche i territori dei Comuni di Monteprandone, Spinnetoli, Maltignano e Castel di Lama, in provincia di Ascoli Piceno.

Misure profilattiche revocate.

Con ordinanza di sanità marittima n. 3 in data 9 febbr. è revocata la precedente ordinanza n. 1 pel 1932 nella parte concernente le misure profilattiche contro il colera in confronto delle provenienze da tutti i porti del Golfo Persico.

Prolusione del prof. Zamorani.

Il prof. Vittore Zamorani ha tenuto la sua prolusione al corso di clinica pediatrica nell'Università di Pavia, in presenza delle autorità e di molti professori, medici e studenti, trattando il tema « Fattori di accrescimento ». Ha preso in esame le influenze ereditarie e prenatali, l'alimentazione, il genere di vita e l'ambiente, che condizionano le attività dei tessuti, in particolare quelle endocrine e neurovegetative. Ha rilevato che, nell'applicazione di tali concetti, concorrono varie istituzioni, le quali formano oggi un meraviglioso complesso di opere dirette al miglioramento della razza. I problemi che riguardano più davvicino il pediatra sono quelli affrontati anche dall'O.N.M.I., in collaborazione con altri Enti, come l'O. N. Balilla ed i Fasci femminili, che convergono, con differenti mezzi, ad attuare e completare le varie provvidenze infantili, per il massimo rendimento sociale.

Corso di cultura in medicina legale e nelle assicurazioni sociali.

Presso l'Istituto di Medicina Legale della R. Università di Roma (viale dell'Università n. 32), si svolgerà quest'anno un secondo corso trimestrale di « Coltura medico-legale » con speciale riguardo alle Applicazioni della nuova legislazione penale ed alle Questioni più urgenti di Infortunistica e di Assicurazioni sociali. Saranno tenute dimostrazioni pratiche, saranno fatte esercitazioni, oltre che nell'Istituto, anche nella Scuola Superiore di Polizia e in Istituti Clinici e di Assicurazioni sociali. Durante il corso si terranno conferenze su argomenti di Polizia Scientifica e Criminalistica. Alla fine del corso saranno rilasciati certificati di frequenza. Il corso si inizierà il 22 febbraio alle ore 17,30. L'iscrizione al corso è libera. Possono iscriversi i laureati in medicina e chirurgia, i laureati in giurisprudenza, i magistrati, i funzionari di Polizia, gli ufficiali dei RR. CC., gli ufficiali della M. V. S. N. e gli studenti universitari.

Nuova cattedra a Bordeaux.

Presso la Facoltà mista di medicina e farmacia dell'Università di Bordeaux è stata istituita una cattedra di clinica dentaria ed affidata al dott. Cavalié, già incaricato di un corso complementare di clinica dentaria.

Dispensario di igiene nervosa e centro neurochirurgico.

Col dicembre u. s. la R. Prefettura di Bergamo rese esecutoria la deliberazione dell'Amministrazione Provinciale relativa alla istituzione in quella provincia di un Dispensario di igiene nervosa e mentale con annesso Centro neurochirurgico.

Il dispensario funziona sotto la direzione del prof. Muggia, direttore dell'Ospedale provinciale psichiatrico, e l'opera sua viene svolta in Bergamo e in Treviglio. Il Centro Neurochirurgico adempie la sua attività nell'Ospedale Capo Circolo S. Maria di Treviglio sotto la direzione tecnica del prof. Della Torre e con la collaborazione di medici specializzati per le indagini collaterali cliniche.

Per tale branca chirurgica specialissima la sezione chirurgica dell'Ospedale di Treviglio possiede un attrezzamento strumentale completo e perfetto, dotato fra l'altro di apparecchi di specialissima costruzione.

L'attività del Dispensario neuro-psichiatrico e del centro Neurochirurgico viene dai singoli sanitari svolta in forma assolutamente gratuita a pro' degli ammalati ed è, crediamo, la prima istituzione assistenziale del genere che in veste così completa sorge in Italia.

Elargizioni e legati.

La signora Emma J. Farwell ha legato 2 milioni di dollari, ossia circa 40 milioni di lire it., per fondare due ospedali pubblici nella città di Detroit (Stati Uniti); uno di essi sarà destinato alle malattie contagiose; l'altro alle malattie dell'occhio, orecchio, naso e gola.

L'Accademia di Medicina di Parigi ha accettato un legato di 300.000 franchi, fatto dal sig. Ricaux, allo scopo di creare dei premi annuali per lavori sulla tubercolosi e sul diabete.

Il sig. Louis Bailey Audigier, cittadino americano, ha elargito alla Congregazione di Carità di Roma la somma di lire 20 mila, esprimendo il desiderio che venisse destinata all'Istituto Materno Regina Elena, che cura l'assistenza delle gestanti e della primissima infanzia, per la fondazione di un letto da dedicarsi alla memoria della moglie.

Fondazione Milbank.

Da una relazione recente risulta che durante il 1930 la Fondazione Milbank ha speso 1.436.425,83 doll., ossia 25 milioni di lire italiane (più che in qualunque dei 26 anni precedenti, ossia da quando venne istituita). Ha concorso a mantenere 25 istituti e 36 opere di educazione sanitaria, beneficenza sociale e ricerche scientifiche; ha promosso la costruzione di 16 centri sanitari a New York; ha contribuito alla creazione di un dipartimento d'igiene rurale in Cina.

Nella stampa medica.

« Archivium Chirurgiae Oris »; curante Caesare Cavina, Doctore odontologiae in Regio Studio Patavino; conscribentibus: Arlotta (Milano), Beretta (Bologna), Grandi (Trieste), Perna (Roma); ab actis: G. Corrado; aedibus Licinii Cappelli, Bononiae.

Contenuto del primo fascicolo: Praefatio; una serie di lavori (di Cavina, Peter, Moczar, Arlotta, Casotti); una Bibliographia stomatologica universalis, che inizia con: Opera nuper edita (acta recentiora & index rerum pro argumentis).

Esprimiamo il nostro compiacimento per l'iniziativa, cui auspichiamo un pieno successo.

Commemorazione di Roberto Koch.

La scoperta del bacillo tubercolare venne annunziata da Roberto Koch il 24 marzo 1882 alla Società Fisiologica di Berlino; si era stabilito, come ne demmo annunzio, di commemorare solennemente il cinquantenario di tale avvenimento; ma le condizioni di grave disagio della Germania hanno ora indotto a rimandare la cerimonia al 1933, in coincidenza coi congresso di microbiologia.

Nel 1932 avrà luogo solo una commemorazione modesta, il 5 marzo, alle ore 12, nella grande aula dell'antica « casa dei signori » (Leipzigerstrasse 3,

Berlin W. 8); parleranno i dottori Schopohl, Hirtsiefer, Hamel, Neufeld e Pfeiffer; inoltre l'orchestra medica suonerà pezzi scelti. Per eventuali informazioni rivolgersi al dott. P. Wolff, libero docente, segretario dell'Associazione della Stampa Medica Tedesca, Luiseplatz 2-4, Berlin NW6.

Il prof. Bottazzi nell'America del Sud.

In seguito ad invito dell'Istituto Argentino di Cultura Italiana, il prof. Filippo Bottazzi, fisiologo dell'Ateneo napoletano, è stato invitato a tenere delle conferenze scientifiche nella Repubblica Argentina. Per iniziativa dell'« Ars Medica », associazione di elevazione e di propaganda italiana a San Paolo del Brasile, l'illustre scienziato si recherà anche in questa città.

Il prof. Bovero in Argentina.

Il prof. Alfonso Bovero, che insegna anatomia umana alla Facoltà medica di San Paolo, e che ha acquistato larga fama, è stato invitato dall'Istituto Argentino di Cultura Italiana a tenere una serie di lezioni-conferenze nelle Facoltà mediche di Buenos Aires e di Cordova. Il Bovero è di nazionalità italiana.

Onoranze al prof. Simonini.

Il volume, già assai ricco di pregevoli scritti, per le onoranze al prof. Riccardo Simonini, era ultimato quando altri lavori sono stati inviati da colleghi chiarissimi, che chiedono vi siano inclusi; d'altra parte l'on. Presidenza della Società Italiana di Pediatria e dell'O. N. Maternità Infanzia esprimono il desiderio che il giorno delle onoranze venga rimandato in stagione più favorevole all'intervento personale.

Anche per corrispondere al loro desiderio, il Comitato ha stabilito il giorno 3 aprile p. v. per le onoranze medesime, con programma che a suo tempo sarà comunicato.

In onore del dott. Matas.

Il dott. Rudolph Matas ha celebrato le sue nozze d'oro con la medicina e, insieme, il suo 70° compleanno. In tale occasione l'« American Journal of Surgery » gli ha dedicato un numero speciale. Il Matas è professore emerito di clinica chirurgica all'Università di Tulane in New Orleans; è stato presidente dell'Associazione Americana di Chirurgia; ha diretto a lungo il « New Orleans Medical and Surgical Journal ».

All'Accademia di Medicina di Parigi.

Il prof. Pedro Belon di Buenos Aires ha tenuto, all'Accademia di Medicina di Parigi, una dimostrazione sul tema « Revisione anatomica della morfologia delle arterie sulla base della diafanizzazione dei pezzi anatomici e della arteriografia piana e stereoscopica delle stesse ». Il Belon ha ricevuto dall'Accademia un premio Testut. Ha dato un grande ricevimento in onore dei maestri francesi

Il processo di Lubecca.

Il sensazionale processo di Lubecca contro i tre dottori e l'infermiera imputati di responsabilità criminosa in relazione colla morte di numerosi bambini ai quali era stata praticata la vaccinazione antitubercolare, è terminato colle condanne del dott. Deycke, il principale imputato, direttore del Laboratorio municipale, a due anni di prigione, e del dott. Altstaedt, direttore dei servizi d'igiene, a tre mesi della stessa pena, per negligenza colpevole nell'applicare la vaccinazione, mentre venne scartata l'accusa di negligenza colpevole nell'avere introdotta la cura a Lubecca. Gli altri due imputati, e cioè il dott. Klotz e l'infermiera Schutze, sono stati assolti.

Nelle motivazioni della sentenza è detto che: « la tragedia di Lubecca non è stata provocata da una rivirulentazione del B. C. G. ».

Il Tribunale ha dichiarato, inoltre, che « il ceppo B. C. G. proveniente dall'Istituto Pasteur è stato contaminato nel Laboratorio di Lubecca, oppure si è verificata una confusione con un ceppo di bacilli tubercolari umani coltivati nello stesso Laboratorio del prof. Deycke.

« Il Tribunale ritiene che si sia trattato di un equivoco ormai riconosciuto ed accertato.

« Devesi rimproverare al prof. Deycke e al dott. Altstaedt l'avere impiegato in esseri umani, un vaccino che era stato preparato in un laboratorio in nessun modo adatto a tale preparazione.

« Il prof. Deycke avrebbe dovuto prevedere la possibilità di una contaminazione delle colture e non avrebbe dovuto usare il vaccino.

« Il capo del Laboratorio si è, perciò, reso colpevole di omicidio colposo in 68 casi e di lesioni colpose in 131 casi.

« Il dott. Altstaedt è anch'egli colpevole. Egli ha omesso di fare verificare negli animali l'innocuità di un vaccino che doveva essere adoperato nei bambini ».

Falsi medici.

È stato arrestato a Pavia un abile truffatore, Riccardo Lalli, che tentava di farsi passare per capitano medico al comando del 3° Genio; il trucco gli era un'altra volta riuscito a Pinerolo.

È stato fermato a Milano un giovane ungherese, Andrea Jeremias, che col pretesto di dover assumere personale impiegatizio e spacciandosi per medico, sottoponeva le giovani aspiranti a visite intime.

Un concerto di medici.

A Milano, nel salone del Sindacato Medico Fascista, ha avuto luogo un primo concerto di medici, organizzato dalla nuova Associazione Medici Musicisti italiani.

L'A. M. M. I. è stata fondata nello scorso anno dal dott. Sacconaghi di Gallarate col concorso dei dottori Bennati, Cavezzali, Grancini, Sigurini, Zamorani di Milano, Majoli di Biella, prof. Berri di Genova e degli studenti in medicina Gobessi e Gorla. Ebbe subito un mecenate: il prof. Piccinini, che ne è presidente onorario. Vanta dei soci fra le più spiccate personalità della medicina italiana.

Il caloroso successo riportato dal violinista prof. Desderi, batteriologo di Torino, dal pianista prof. Anau, pediatra pure di Torino, e dal pianista e compositore dott. Sigurini di Milano, presidente della A. M. M. I., nello svolgimento dell'interessante programma, è di buon auspicio per la vitalità della simpatica associazione.

Trattenimenti d'arte negli ospedali di Parigi.

Le dame artiste non professioniste della Società « Musique et Poésie à l'Hôpital » di Parigi, tengono delle sedute musicali negli ospedali. Durante

le feste natalizie dettero anche, col concorso della Casa Pathé, delle sedute cinematografiche per i bambini malati. Il 7 febbraio hanno tenuto un concerto pubblico, nella sala del Patronato San Giuseppe (place d'Italie, rue Robillot 54), per la raccolta di fondi destinati alle spese vive.

Abuso di radioconferenze mediche in Francia.

La classe medica francese comincia a preoccuparsi della diffusione di conoscenze mediche compiuta da alcune radiostazioni.

In principio le conferenze erano utili e discrete: si limitavano a nozioni d'igiene generale, ai mezzi atti ad evitare le malattie contagiose, ecc. Poi cominciarono le campagne contro le malattie sociali: tubercolosi, sifilide ed alcoolismo, a favore del B. C. G., a favore dell'anatossina difterica, ecc. Finalmente si ebbero conferenze che tendevano a sostituire l'opera del medico. Se ne sono avute anche sull'omeopatia; in queste veniva aggredita con violenza la medicina ufficiale; tra l'altro si metteva il pubblico in guardia contro il siero antidifterico, dichiarato inefficace, e si affermava che l'omeopatia era meglio in grado di guarire la difterite. Il ministro dell'igiene dovette intervenire e vietare quelle conferenze. Si è assistito a polemiche aspre tra due stazioni, con scarsa edificazione del pubblico. La stampa medica ha sollevato delle proteste contro la rapida degenerazione di tale forma di propaganda.

La crisi della natalità in Inghilterra.

Le prime segnalazioni sul bilancio demografico della Gran Bretagna nell'anno 1931, danno che la quota delle nascite ha raggiunto solo il 15,8 per mille abitanti, con una riduzione di 0,5 per mille rispetto al 1930. È la più bassa quota di natalità avutasi in Inghilterra. La quota della mortalità è stata del 12,3 per mille abitanti, con un aumento di 0,9 rispetto al 1930.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

Tre Riviste di branche speciali della medicina pubblicate dalla CASA EDITRICE L. POZZI - ROMA concesse in abbonamento cumulativo con " IL POLICLINICO „ per l'anno 1932.

Sommari dei Numeri usciti nel febbraio 1932:

CUORE E CIRCOLAZIONE

Periodico mensile diretto dal prof. CESARE FRUGONI

Capo Redattori:

Prof. C. PEZZI, Milano - Prof. G. MELDOLESI, Roma

Il Numero 2 (Febbraio 1932) contiene:

Lavori originali: I. - C. D'IGNAZIO-A. GUARINO: Sopra una nuova prova funzionale del cuore. — II. - F. PESCATORI: Contributo anatomo-patologico allo studio della patogenesi degli aneurismi aortici. — III. - R. CARUSI: Sulla nuova teoria e terapia dello scompenso cardiaco.

Rassegne, Riviste e Congressi: ANATOMIA PATOLOGICA: A. I. PETROWYCH: Rottura del cuore con morte doo 13 giorni. — E. WIECHMANN: Il circolo nel coma diabetico. — M. BUERGER: Insulina e circolo. — CLINICA: L. LANGERON: Alcune osservazioni di obliterazione delle arterie degli arti inferiori. Contributo alla diagnosi di altezza di queste obliterazioni. Conseguenze terapeutiche. — D. ROUTIER, Th. LAENNEC e R. HEIM DE BALSAC: I pericoli dell'aborto terapeutico nelle cardiache. — TERAPIA: R. LERICHE e R. FONTAINE: Risultati attuali del trattamento chirurgico dell'angina di petto. — E. GAUJOUX: La sparteina e la canfora in terapia cardiaca. — C. DIMITRACOFF: L'endocardite lenta e suo trattamento con gli autovaccini microbici.

Notizie bibliografiche: DURAN ARROM: Cardiopatie distrofiche e sclerosi cardio-vascolare. — M. POUMAILLOUX: Le pouls alternant.

Abbonamento annuo: Italia L. **40**; Estero L. **60**. Per gli associati al «Policlinico»: Italia L. **36**; Estero L. **50**. Un numero separato L. **6**.

LA CLINICA OSTETRICA

Rivista mensile diretta da Paolo Gaifami

Il Numero 2 (Febbraio 1932) contiene:

Lavori originali: G. SANNICANDRO: L'indice refrattometrico nel sangue venoso e arterioso del feto.

Fatti e documenti: V. TRAVAN: Colossale cisti ovarica destra. — M. POLTRONIERI: Considerazioni anatomo-patologiche, cliniche e terapeutiche su di un grosso cistoma ovarico, torto sul peduncolo, in via di necrosi e con emorragie endocistiche.

La rubrica degli errori: F. LORENZETTI: Su di un possibile errore in tema di diagnosi di pregresso aborto. Considerazioni cliniche ed isto-anatomo-patologiche.

La rubrica medico-legale: P. GAIFANI: Problemi ostetrici e medico-legali a proposito di una rottura dell'utero misconosciuta in parto a termine operativo per presentazione di spalla.

Terapia: F. MILETTI: Paralisi addominale postoperatoria e suo trattamento.

Interessi professionali: E. SANTI, L. MALACARNE, M. BOLAFFIO: Per migliorare la assistenza ostetrica.

Dalle riviste: **Ostetricia**: Le neuriti tossiche gravidiche e puerperali. — La profilassi dell'eclampsia. — Eterotopia endometrioide come causa di una gravidanza ovarica superficiale. — Amniografia. — Sul carcinoma della portio nella gravidanza a termine. — La provocazione del travaglio con chinino associato all'estratto ipofisario. — Tecnica e indicazioni per l'aborto terapeutico con i raggi X. — Falsi dolori, rottura prematura del sacco e trattamento della dilatazione. — La capacità vitale durante l'ultimo mese di gravidanza e nel puerperio. — Segni della maturità fetale; valore dei punti di ossificazione del ginocchio. — **Ginecologia**: Sulle dermatosi mestruali. — Carcinoma dell'ovaio. — I cancri dell'utero e il loro trattamento. — Cefalee di origine mestruale. — Della idrorrea dell'utero non gravido. — Clinica e terapia delle infiammazioni annessiali. — L'operazione di Olshausen per la sospensione dell'utero. — Sul trattamento della blenorragia con vaccinazione regionale per la porta di entrata. — Risultati del trattamento del cancro del collo dell'utero. — **Pediatria**: Accrescimento ponderale, morbilità ed esito dei prematuri assistiti al Consultorio per lattanti. — Le paralisi ostetriche degli arti inferiori. — Tetania, edema generalizzato e comprensione cerebrale nel neonato. — **Note di biologia**: Afrodisiaci e ormone sessuale. — Sul contenuto di ormoni del lobo anteriore dell'ipofisi nella saliva. — **Nota storica**. — **Varietà**.

Abbonamento annuo: Italia L. **40**; Estero L. **60**. Per gli associati al «Policlinico»: Italia L. **36**; Estero L. **50**. Un numero separato L. **6**.

IL VALSALVA

RIVISTA MENSILE DI OTO-RINO-LARINGOJATRIA

diretta da **GUGLIELMO BILANCIONI**

Il Numero 2 (Febbraio 1932) contiene:

Anatomia patologica: G. CUSENZA: Sui melanomi nasali.

Raccolta di fatti: U. BOMBELLI: Ipertrofia polipoide dei turbinati inferiori in luetici con deformità dello scheletro facciale.

Osservazioni di clinica: E. RUBALTELLI: Meningite basilare otogena asintomatica.

Ricerche di laboratorio: A. DEI ROSSI: Influenza immediata e tardiva di alcune resezioni nervose sulla sensibilità delle corde vocali (vere e false).

Terapia: M. DIESSBACHER: Cura della diminuzione cronica d'udito con onde sonore ad alta frequenza.

Accademie e Assemblee: II Convegno del Gruppo o.-r.-l. delle Tre Venezie. — Gruppo degli oto-r.-l. del Piemonte.

Corrispondenze: K. ARSLAN: La Clinica Otorinolaringoiatrica di Francoforte sul Meno.

Problemi universitari e di coltura: Il problema della specializzazione.

Recensioni: Un caso di pneumoencefalo traumatico. — I traumi della base cranica e la loro prognosi. — Pseudo-ascessi cerebrali neoplastici da trapianto di epinefroma. — Meningo-encefalite postparotitica. — Sul contenuto in acido lattico del liquido cer.-spin. in condizioni normali e patologiche. — Sul potere glicolitico del liquido cer.-spin. — Valore pratico della reazione di Taccone per il liquido cef.-rach. — Il senso cefalico, la succussione ippocratica ed il fenomeno della goccia cadente dopo l'insufflazione di aria encefalografica. — Diagnosi di ascesso cerebrale. — Studio dei tumori cerebrali. — Il comportamento della pressione del liquido cer.-spin. nelle varie affezioni del sistema nervoso. — Tumori del cervelletto. Atrofia estrema diffusa della calotta cranica con i caratteri del riassorbimento liscio, per ipertensione da glioma cerebellare. — Il liquido cef.-rach. nelle sindromi tubercolo-tossiche dell'infanzia. — Sopra un caso di «encefalite» parotitica. — Due casi di meningite otogena da pneumococco guariti colla sieroterapia endorachidea. — L'influenza della glicorachia sul decorso della rachianestesia nell'uomo. — La prova dell'uranina per la permeabilità meningea del bambino. — Emorachide mortale consecutivo a rachianestesia. — Un caso di meningite acutissima da otite. — Sul valore delle modificazioni del liquor nelle meningiti tbc. — Tumore dell'angolo fronto-cerebellare. — Ascesso cerebrale asintomatico. — Emorragia meningea spontanea. — L'ascesso cerebrale. — Ascesso otitico sottodurale con sintomi oculari. — Sugli effetti delle lesioni unilaterali del cervelletto in animali precedentemente slabirintati nel lato opposto e su quelli della labirintectomia bilaterale nell'animale senza cervelletto. — Tumore vascolare della pia madre cerebellare. — Glioma del lobo sinistro del cervelletto. — Sindrome cerebellare da malaria. — Manifestazioni collaterali della puntura suboccipitale. — Osservazioni anatomo-topografiche sul canale vertebrale (lombare e sacrale) in rapporto con la anestesia peridurale. — Roentgenterapia dell'idrocefalo cronico acquisito. — Pneumoencefalo post-traumatico con emiparesi tardiva. — Meningo-encefalo-mielite consecutiva a parotite acuta. — Le trombosi dei seni cranici. — Ricerche sul contenuto in aminoacidi nel liquido cef.-rach. normale e patologico del bambino.

La nota storica: G. DEL GUERRA: La voce nella Genesi di Mosè.

Abbonamento annuo: Italia L. **45**; Estero L. **65**. Per gli associati al «Policlinico»: Italia L. **40**; Estero L. **55**. Un numero separato L. **6**.

... più delle summenzionate Riviste inviare Vaglia o Chèque Bancario riscuotibile in Roma

ANNO XXXIX — Roma, 29 Febbraio 1932 - X — Num. 9

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI
Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

Istituto di Clinica Medica della R. Università di Roma.
Direttore inc.: prof. S. SILVESTRI.

Sui rapporti fra chetonemia e stato funzionale del fegato

per il dott. C. TOSCANO.

Le osservazioni di Seelig circa l'aumento dei corpi chetonici che frequentemente si constata nelle affezioni epatiche, hanno richiamato l'attenzione degli studiosi sulla funzione chetogena e chetolitica del fegato. In un altro mio lavoro, ho portato un contributo di osservazioni personali sul comportamento della chetonemia negli epatopazienti.

Considerando ora da un punto di vista più generale il problema delle relazioni esistenti fra comportamento della chetonemia e lesioni del parenchima epatico, ho voluto ricercare se e fino a qual punto dallo studio delle variazioni del contenuto in chetoni del sangue, fosse possibile concludere circa l'esistenza di una lesione del parenchima epatico e valutare l'entità della lesione stessa.

È noto come il giudizio clinico sullo stato funzionale del fegato incontri nella pratica difficoltà notevoli. La molteplicità delle funzioni del fegato, di cui le une possono essere più gravemente compromesse delle altre; la insufficienza delle nostre cognizioni circa l'intimo meccanismo con cui molte delle funzioni del fegato si compiono; la complessità delle correlazioni funzionali tra fegato e pancreas e milza e capsule surrenali, ecc., correlazioni che rendono possibili entro limiti più o meno vasti i compensi funzionali più vari; la possibilità di compensi funzionali che l'organo parzialmente leso può trovare in sè stesso; sono tutti elementi che rendono difficoltosa e spesso infruttuosa l'indagine sullo stato funzionale del fegato. Di ciò è una riprova la molteplicità dei metodi proposti ed il fervore di ricerche che spinge gli studiosi a tentare sempre nuove vie per risolvere un problema di così grande importanza per l'indagine clinica.

La molteplicità delle funzioni del fegato, che un'alterazione del parenchima epatico può interessare in grado diverso, ha condotto a saggiare singolarmente le varie funzioni dell'organo, con prove di cui alcune, come quella della glicemia sperimentale, sono entrate nell'uso clinico corrente. Mi è sembrato pertanto non privo di interesse istituire delle ricerche sperimentali allo scopo di indagare se, negli animali avvelenati con il fosforo, fosse possibile dimostrare una correlazione fra variazioni della chetonemia e alterazione epatica.

Le ricerche furono eseguite su sei cani di media taglia, tenuti a dieta mista, ricca di idrati di carbonio e piuttosto povera di proteine e di grassi. Il sangue venne prelevato dall'arteria femorale. Il dosaggio dei chetoni nel sangue fu eseguito con il metodo di Engefeldt. Per l'avvelenamento fu adoperato dell'olio fosforato 1 %. Ai primi quattro cani fu somministrata una dose giornaliera di olio fosforato di circa cmc. 0,10 per Kg. di peso; agli ultimi due cani fu somministrata una dose giornaliera minore (circa cmc. 0.05 per Kg. di peso) per ottenere un avvelenamento più lento.

PROTOCOLLI.

CANE N. 1. — Peso Kgr. 10,100.
Prima dell'avvelenamento:
Acetone + ac. diacetico mgr. 1,02 %
Acido β-ossibutirrico » 2,20 »
Somministrazione di 1 cc. *pro die* di olio fosforato 1 %.
Dopo due giorni:
Acetone + ac. diacetico mgr. 1,53 %
Acido β-ossibutirrico » 2,80 »
Dopo sei giorni:
Acetone + ac. diacetico mgr. 7,27 %
Acido β-ossibutirrico » 5,72 »
Dopo sette giorni dall'inizio dell'esperimento l'animale muore.

È evidente, dopo sei giorni dall'inizio dell'avvelenamento, l'aumento della chetonemia, più spiccato a carico dell'acetone preformato e dell'acetone dell'acido diacetico. Già però dopo due giorni si nota un leggero ma netto aumento di tutte le frazioni dei chetoni.

CANE N. 2. — Peso Kgr. 7,000.
Prima dell'avvelenamento:
Acetone + ac. diacetico mgr. 1,53 %
Acido β-ossibutirrico » 4,84 »
Somministrazione di cc. 0,70 *pro die* di olio fosforato 1 %.
Dopo due giorni:
Acetone + ac. diacetico mgr. 1,60 %
Acido β-ossibutirrico » 4,62 »
Dopo otto giorni:
Acetone + ac. diacetico mgr. 9,21 %
Acido β-ossibutirrico » 9,24 »

Anche in questo caso si è avuto un netto aumento della chetonemia, più spiccato (tenendo conto dei valori di partenza) a carico dell'acetone e dell'acido diacetico.

CANE N. 3. — Peso Kgr. 10,300.
Prima dell'avvelenamento:
Acetone + ac. diacetico mgr. 1,02 %
Acido β-ossibutirrico » 1,54 »
Somministrazione di 1 cc. *pro die* di olio fosforato 1 %.
Dopo tre giorni:
Acetone + ac. diacetico mgr. 3,38 %
Acido β-ossibutirrico » 7,48 »

Due giorni appresso l'animale muore improvvisamente, prima che si possa eseguire un'altra determinazione. È notevole però l'aumento, specie dell'acido β-ossibutirrico, già dopo soli tre giorni dall'inizio dell'avvelenamento.

CANE N. 4. — Peso Kgr. 7,600.
Prima dell'avvelenamento:
Acetone + ac. diacetico mgr. 1,50 %
Acido β-ossibutirrico » 1,76 »
Somministrazione di cc. 0,70 *pro die* di olio fosforato 1 %.
Dopo due giorni:
Acetone + ac. diacetico mgr. 3,58 %
Acido β-ossibutirrico » 4,18 »
Dopo sei giorni:
Acetone + ac. diacetico mgr. 2,76 %
Acido β-ossibutirrico » 4,50 »
L'animale muore il giorno appresso.

In questo caso l'aumento della chetonemia, manifestatosi già dopo due giorni, per quanto con valori non molto alti, si è mantenuto quasi invariato fino alla morte dell'animale.

CANE N. 5. — Peso Kgr. 11,000.
Prima dell'avvelenamento:
Acetone + ac. diacetico mgr. 1,43 %
Acido β-ossibutirrico » 3,08 »
Somministrazione di cc. 0,50 *pro die* di olio fosforato 1 %.
Dopo tre giorni:
Acetone + ac. diacetico mgr. 2,46 %
Acido β-ossibutirrico » 4,40 »
Dopo cinque giorni:
Acetone + ac. diacetico mgr. 5,32 %
Acido β-ossibutirrico » 6,60 »
Dopo nove giorni:
Acetone + ac. diacetico mgr. 4,40 %
Acido β-ossibutirrico » 4,84 »
Dopo undici giorni:
Acetone + ac. diacetico mgr. 6,55 %
Acido β-ossibutirrico » 3,74 »
Dopo sedici giorni:
Acetone + ac. diacetico mgr. 12,49 %
Acido β-ossibutirrico » 1,32 »
Dopo diciannove giorni:
Acetone + ac. diacetico mgr. 3,68 %
Acido β-ossibutirrico » 13,20 »
Dopo venticinque giorni:
Acetone + ac. diacetico mgr. 4,81 %
Acido β-ossibutirrico » 8,25 »
L'animale muore in seguito ad emorragia.

Il comportamento delle varie frazioni dei chetoni in questo caso è interessante. Considerati nel loro complesso i valori ottenuti nelle numerose determinazioni eseguite, si nota un progressivo, se pure non regolare, aumento dei chetoni, che raggiungono i valori massimi di 12,49 per l'ace-

tone e l'acido diacetico, e di 13,20 per l'acido β-ossibutirrico. Però, a partire dal nono giorno di avvelenamento, si nota una progressiva diminuzione dell'acido β-ossibutirrico, mentre acetone ed acido diacetico tendono ad aumentare fino a raggiungere il massimo dopo sedici giorni.

Una determinazione frazionata dell'acetone e dell'acido diacetico, eseguita dopo 17 giorni dall'inizio dell'avvelenamento, dimostra che l'aumento è specialmente a carico dell'acido diacetico:

Acetone mgr. 2,86 %
Ac. diacetico » 6,98 » (espresso in acetone).

Successivamente acetone ed acido diacetico diminuiscono, mentre l'acido β-ossibutirrico, che aveva toccato il valore minimo (1,32) in corrispondenza del massimo valore riscontrato per le altre frazioni, torna rapidamente ad aumentare.

CANE N. 6. — Peso Kgr. 13,100.

Prima dell'avvelenamento:

Acetone + ac. diacetico	mgr.	1,13 %
Acido β-ossibutirrico	»	2,86 »

Somministrazione di cc. 0,6 *pro die* di olio fosforato 1 %.

Dopo tre giorni:		
Acetone + ac. diacetico	mgr.	1,95 %
Acido β-ossibutirrico	»	2,82 »
Dopo otto giorni:		
Acetone + ac. diacetico	mgr.	1,73 %
Acido β-ossibutirrico	»	3,96 »
Dopo undici giorni:		
Acetone + ac. diacetico	mgr.	3,68 %
Acido β-ossibutirrico	»	11,00 »
Dopo sedici giorni:		
Acetone + ac. diacetico	mgr.	2,56 %
Acido β-ossibutirrico	»	6,00 »
Dopo diciannove giorni:		
Acetone + ac. diacetico	mgr.	4,70 %
Acido β-ossibutirrico	»	9,60 »
Dopo ventidue giorni:		
Acetone + ac. diacetico	mgr.	6,70 %
Acido β-ossibutirrico	»	13,20 »

È evidente, anche in questo caso, il progressivo aumento della chetonemia con il progredire dell'avvelenamento. A differenza del cane N. 5, in questo caso, le variazioni delle diverse frazioni dei chetoni sono state sempre parallele.

I risultati delle ricerche hanno dunque messo in evidenza in tutti i casi un aumento della chetonemia, aumento che interessa tutte le frazioni dei chetoni, in grado più o meno evidente nei vari esperimenti, ma sempre apprezzabile. È questo un fatto già noto e non era mia intenzione sottoporre a controllo cognizioni già acquisite. Scopo delle mie ricerche era di seguire, nei cani avvelenati con il fosforo il comportamento della chetonemia per mettere in evidenza se con lo stabilirsi ed il progressivo accentuarsi di una lesione epatica, la chetonemia segnasse un parallelo aumento, sicchè dai valori assoluti di essa si potesse stabilire l'entità della lesione epatica.

I risultati delle mie ricerche non autorizzano a questo riguardo conclusioni nette. È vero che i valori chetonemici più alti sono stati riscontrati negli stadi più avanzati dell'avvelenamento da fosforo, ma è anche vero che, nei casi di più lunga osservazione (cane 5 e 6) non si è ottenuta una progressione regolare di aumenti nei valori della chetonemia, una curva continua, ma una curva spezzata, dove aumenti e diminuizioni si alternano pur mantenendosi i valori assoluti sempre al di sopra dei valori di partenza. Avviene così p. es., che nel cane n. 5 i valori ottenuti dopo 5 giorni di avvelenamento, essendo più alti di quelli riscontrati dopo 9 giorni, farebbero pensare ad un'alterazione epatica più grave in quel periodo che nel successivo.

Con questa riserva, si può comunque dire che l'accentuarsi dell'alterazione epatica provoca un aumento progressivo della chetonemia. Naturalmente, uno studio più accurato della questione dovrebbe proporsi di indagare, con l'ausilio di ricerche istologiche, se e fino a qual punto ai vari valori della chetonemia corrispondono alterazioni progressive e caratteristiche del parenchima epatico.

Dai risultati delle mie ricerche credo che si possa dunque concludere, con qualche riserva giustificata da quanto prima ho detto, che lo studio della chetonemia può essere utilmente intrapreso, ai fini dell'indagine clinica sullo stato funzionale del fegato.

Dipende l'aumento della chetonemia, nei cani avvelenati con il fosforo, dal disturbo indotto sul ricambio dei carboidrati dalla scomparsa del glicogeno epatico provocata dall'avvelenamento? Ciò è stato affermato in base al *cum hoc ergo propter hoc* (ricordo a questo proposito gli studi di Von Mering sui cani avvelenati con la florizina e quelli di Bockelmann e Boch sulle donne eclamptiche): ma i risultati delle mie ricerche credo che autorizzino a formulare dei dubbi in proposito.

Nel corso delle mie ricerche ho voluto, di tratto in tratto, saggiare il comportamento della glicemia adrenalinica nei cani avvelenati. È noto come l'azione iperglicemizzante dell'adrenalina sia attribuita all'azione di essa sul glicogeno epatico, ad un'azione cioè glicogenolitica. Ed invero negli ultimi stadi dell'avvelenamento da fosforo io ho riscontrato una scarsissima risposta dell'adrenalina iniettata sotto cute alla dose di 1/4 di mmgr. Ma è anche vero che, negli stadi non troppo avanzati dell'avvelenamento, l'azione iperglicemizzante dell'adrenalina era normale, mentre la chetonemia era nettamente aumentata. Non

si può dunque in questi stadi attribuire ad insufficienza di glicogeno l'aumento dei corpi chetonici nel sangue.

Appare pertanto probabile che, indipendentemente dal disturbo delle funzioni glicopessica e glicogenolitica del fegato o coordinatamente con queste funzioni, il fegato eserciti una sua diretta influenza sul ricambio dei chetoni, cosicchè un'alterazione progressiva del parenchima epatico porta ad un progressivo aumento dei chetoni nel sangue.

È da notare il comportamento particolare delle varie frazioni dei chetoni nel cane n. 5, comportamento che è stato già messo in evidenza nella breve discussione di commento alle singole esperienze. A che cosa possa essere dovuta la progressiva diminuzione dell'acido β-ossibutirrico con contemporaneo progressivo aumento delle altre frazioni, ed il successivo spiccato aumento dell'acido β-ossibutirrico mentre tornano a diminuire acetone preformato e acetone dell'acido diacetico io non saprei dire, tanto più che un tale caratteristico comportamento è rimasto isolato. Noto che al 17° giorno di avvelenamento, quando l'acido β-ossibutirrico era ridotto a valori bassissimi, mentre le altre due frazioni, insieme considerate, risultavano notevolmente aumentate, una determinazione frazionata dell'acetone preformato e dell'acetone dell'acido diacetico dimostrava che l'aumento riguardava solo l'acido diacetico. Si può dunque pensare che un qualche elemento in un certo momento ostacolasse la trasformazione dell'acido diacetico tanto in acetone che in acido β-ossibutirrico. L'osservazione ha comunque un valore pratico apprezzabile perchè ammaestra a tener conto, nella valutazione della chetonemia, non dell'acido β-ossibutirrico soltanto, come è stato fatto da qualche A. ma di tutte le frazioni dei chetoni.

In conclusione, nei cani avvelenati con il fosforo, si nota un aumento della chetonemia che si accentua, sia pure non regolarmente, con il progredire dell'alterazione epatica, aumento che è probabilmente dovuto, oltre che al disturbo delle funzioni glicopessica e glicogenolitica del fegato ad un elemento ancora non identificabile che, per effetto dell'alterazione epatica, disturba direttamente il normale ricambio dei chetoni.

Luglio, 1931-IX.

RIASSUNTO.

L'A. ha studiato il comportamento della chetonemia nei cani avvelenati con il fosforo, per stabilire un eventuale parallelismo fra entità delle lesioni epatiche così indotte e aumento dei chetoni nel sangue.

Dai risultati delle ricerche si desume che l'aumento della chetonemia, nei cani trattati con fosforo, si accentua con il progredire dell'alterazione epatica. Lo studio della chetonemia può dunque essere utilmente intrapreso, ai fini dell'indagine clinica sullo stato funzionale del fegato.

L'aumento della chetonemia è probabilmente dovuto, oltre che al disturbo delle funzioni glicopessica e glicogenolitica del fegato, ad un elemento ancora non identificabile che, per effetto dell'alterazione epatica, disturba direttamente il normale ricambio dei chetoni.

BIBLIOGRAFIA.

BOCKELMANN e BOCH. Arch. Ginäk., 123 e 129, 1927.
KÜLZ. Zeit. Biol., 20, 1884.
v. MERING. Zeit. Klin. Med., 16.
SEELIG. Ibid., 110, 1927.
TOSCANO. Policlinico, Sez. Prat., 1932.

NOTE E CONTRIBUTI.

Clinica Chirurgica della R. Università di Bologna.
Direttore: Prof. BARTOLO NIGRISOLI.

Ricerche sperimentali sul potere tossico del nitroprussiato di sodio e sull'azione antidotica del tiosolfato di sodio.

Dott. F. GAROFALO, assistente.
E. MOSCHELLA, allievo interno.

(Nota preventiva).

Ispirandoci alla osservazione di un caso di avvelenamento da nitroprussiato di soda trattato con buon esito con il tiosolfato sodico, avevamo intrapreso delle ricerche sperimentali per stabilire la tossicità del sale ed il potere antidotico del tiosolfato; quando è comparsa sul *British Medical Journal* una nota di Fowweather che illustrava un caso di avvelenamento simile al nostro, ma seguito da morte.

Nel nostro caso si trattava di una infermiera, pratica di laboratorio, che a scopo suicida si era iniettato sotto la cute dell'addome circa 10 cc. della soluzione acquosa di nitroprussiato di soda che veniva usato per la ricerca dell'acetone nelle urine e per sacrificare animali che avevano già servito ad esperimenti. Dopo 10 minuti cominciarono i primi sintomi: intontimento, perdita di coscienza, dilatazione pupillare, cianosi, trisma, schiuma

alla bocca, respiro dispnoico, polso filiforme e contrazioni cloniche dei muscoli motori.

La paziente riprese la conoscenza e si ristabilì completamente dopo che furono somministrati endovena 20 cc. di Thioren (soluzione di tiosolfato sodico al 10 %) che serviva per la prova della funzionalità renale e che nei comuni trattati di farmacologia viene citato come antidoto ai cianuri.

In molti trattati di tossicologia, medicina legale e farmacologia da noi consultati, gli avvelenamenti da nitroprussiato sodico non sono affatto menzionati, ed in vero pochi sono la conoscenza della tossicità di questo sale.

Avendo anche noi notato, con Fowweather, che la tossicità del nitroprussiato differisce da quella dei cianuri, abbiamo voluto, con esperienze su cavie, studiare e cercare di spiegare queste differenze che sono poi quelle che permettono di praticare un'utile terapia in questi casi di avvelenamento.

Nella prima serie di esperimenti, oggetto di questa nota, abbiamo studiato l'assorbimento sottocutaneo del nitroprussiato, riferendoci al nostro caso, e a tal uopo abbiamo fatto due gruppi di cavie, al primo iniettammo dosi decrescenti di soluzione acquosa di nitroprussiato, per studiare la sintomatologia in rapporto alle dosi, e per raggiungere la dose minima mortale. Contemporaneamente stabilire il tempo che intercorre tra l'iniezione tossica ed i primi sintomi e l'epoca della morte a seconda della dose.

Nel secondo gruppo di cavie, iniettando il veleno e somministrando l'antidoto per via sottocutanea, endoperitoneale ed endovenosa, in tempi diversi, abbiamo studiato l'azione antidotica del tiosolfato.

I GRUPPO: 1ª cavia del peso di gr. 700 viene iniettata sottocute con gr. 0,15 di nitroprussiato diluito in 1 cc. di H^2O.

Dopo un minuto insorgenza di paresi al treno posteriore, dopo 3 minuti contrazioni muscolari, la cavia si abbandona sugli arti; al 5° minuto il ritmo respiratorio comincia ad accelerare, al 6° minuto continua la dispnea, le contrazioni cardiache si fanno affrettate ma sono valide, dalla bocca esala odore di mandorle amare caratteristico dell'acido cianidrico. Dopo 10 minuti ai sintomi precedenti si aggiungono ritmiche aperture delle mascelle, perdita di urina, cianosi. Dopo 12 minuti i battiti cardiaci rallentano e si indeboliscono, il riflesso dell'ammiccamento scompare, tutti i muscoli sono rilasciati; dopo 15' dall'iniezione il cuore comincia a contrarsi aritmicamente, così per 30'' dopo di che non si riesce più alla palpazione del torace a sentire le pulsazioni del cuore. All'esame necroscopico oltre l'odore di HCN che emanano i visceri, si notano contrazioni fibrillari nei muscoli e nel cuore stesso. Nel sangue che fuoriesce e si deposita al fondo della bacinella sono delle chiazze che hanno caratteri di sangue arterioso e scarsa coagulabilità.

2ª cavia di circa gr. 650 viene iniettata sottocute con gr. 0,075 di nitroprussiato diluito in 1 cc. H^2O.

I primi sintomi compaiono dopo 2 minuti e si succedono nello stesso ordine della prima cavia solo però ad intervalli di tempo un po' maggiori, infatti la perdita di urina che qui avviene con forte getto, indice di contrazioni vescicali si ha al 15° minuto. Inoltre in questa cavia notiamo contrazioni cloniche di tutta la muscolatura poco prima della morte che avviene al 20° minuto. Rilievi necroscopici simili ai precedenti.

3ª cavia di circa gr. 650 iniettata sottocute con gr. 0,035 di nitroprussiato diluito in 1 cc. di H^2O.

In questa cavia i sintomi sono uguali a quelli rilevati nelle precedenti e si svolgono con gli stessi tempi della seconda e parimenti dopo 20 minuti avviene la morte. Anche qui abbiamo gli stessi rilievi necroscopici, si prelevano e si fissano il cervello, il cervelletto, il bulbo e tratto del midello spinale, i reni e i surreni.

4ª cavia di circa gr. 500 iniettata con gr. 0,015 di nitroprussiato nella stessa diluizione delle precedenti. Dopo 10 minuti intontimento con flessione laterale della testa, dopo 20 minuti paresi del treno posteriore, dopo 25' contrazioni opistotoniche che si ripetono a distanza di 5 minuti per cinque volte; ritmo cardiaco accelerato. Al 45° minuto la cavia si accascia e dopo un'ora dall'iniezione muore. Rilievi necroscopici uguali ai precedenti, si prelevano e si fissano i reni e i surreni.

5ª cavia del peso di circa gr. 500 iniettata sottocute nell'addome con gr. 0,01 di nitroprussiato in 1 cc. di H^2O.

Dopo 15 minuti l'animale appare leggermente intontito però dopo 20' ha un attacco di contrazioni cloniche nei muscoli masticatori, dopo 25' ha un altro attacco complicato questa volta da scosse cloniche nei muscoli degli arti, odore di HCN dalla bocca, ansia respiratoria. Ad intervalli di pochi minuti si succedono altri accessi clonici nei muscoli della bocca, il cuore è valido e accelerato, l'animale resta accasciato sugli arti e al 45° minuto tenta di sollevarsi ma perde l'equilibrio con flessione laterale della testa, dopo qualche tentativo riesce a stare sollevato ma con fatica. Dopo un'ora e mezza quantunque un po' intontito sembra normale, in seguito si rimette completamente.

II GRUPPO: 1ª cavia di circa gr. 700 viene iniettata sotto la cute dell'addome con gr. 0,0325 di nitroprussiato diluito in 1 cc. di H^2O.

Dopo circa cinque minuti dall'iniezione tossica si iniettano nella cavità peritoneale 5 cc. di Thioren (tiosolfato sodico al 10 %) e 5 cc. nei muscoli della coscia. Già mentre si praticano le iniezioni antitossiche compare la dispnea e l'intontimento, al 10° minuto dall'iniezione del veleno l'animale reagisce ancora agli stimoli e messa sul dorso si rivolta ma con difficoltà, il battito cardiaco è accelerato, al 15° minuto avviene la morte. All'esame necroscopico si nota la cavità peritoneale ripiena ancora di tutto il liquido iniettato, che evidentemente non è stato assorbito.

2ª cavia di circa 600 gr. iniettata sottocute con gr. 0,02 di nitroprussiato in 1 cc. di H^2O.

Dopo 10 minuti iniettiamo nella safena di sinistra, previa apertura della cute, 2 cc. di Thioren e sottocute, nella regione sternale e addominale ne iniettiamo altri 8 cc. Tranne un leggero intontimento nessun altro sintoma di avvelenamento compare, dopo un'ora l'animale è completamente rimesso e con sensibilità normale.

3ª cavia di circa gr. 500 iniettata sottocute con gr. 0,015 di tossico in un cc. di H^2O, contemporaneamente alla 4ª cavia del primo gruppo con la quale ha identica la sintomatologia: dopo 10 minuti intontimento, flessione laterale della testa, dopo 20' paresi del treno posteriore; al 25° minuto contemporaneamente all'altra compare un primo accesso di contrazioni opistotoniche. Immediatamente iniettiamo sottocute 5 cc. di Thioren; alla distanza di 5 minuti interviene un secondo attacco seguito dopo lo stesso tempo da un terzo, dopo il quale iniettiamo altri 10 cc. di Thioren. Gli accessi non si ripetono, perdura l'ansia respiratoria, le pulsazioni cardiache sono forti ma alquanto irregolari, l'animale resta accasciato specialmente sul treno posteriore. Dopo 5 minuti dall'ultima iniezione di tiosolfato ne facciamo una di canfora, dopo la quale, mentre l'altra cavia avvelenata contemporaneamente ma non trattata con l'antidoto muore, questa si rimette piano piano, sicchè dopo un'ora quantunque permanga un leggero intontimento l'animale può considerarsi salvato.

Rilievi. — Dal protocollo delle nostre esperienze risulta dunque che, diminuendo la dose tossica, aumenta il tempo fra l'iniezione di nitroprussiato, la comparsa dei sintomi e la morte, infatti con la dose massima da noi usata i sintomi sono comparsi dopo appena un minuto, mentre con la dose minima mortale (4ª cavia del 1° gruppo) questo intervallo è stato di 10 minuti. Così pure mentre nella prima cavia la morte è avvenuta dopo 15 minuti, nella 4ª in cui la dose era quasi sette volte minore è avvenuta dopo un'ora. Parimenti in modo sensibile la sintomatologia varia col variare delle dosi: nelle prime cavie trattate con dosi alte la paresi e poscia il rilasciamento muscolare, il disordine respiratorio e circolatorio dominano il quadro, mentre in quelle iniettate con dosi basse le contrazioni cloniche dei muscoli caratterizzano la sindrome, nella quale però i fenomeni a carico del cuore e dei polmoni permangono. Si può dire perciò che quando l'avvelenamento è lento lo stato di eccitazione è maggiore.

La ricerca della dose minima mortale del veleno ci ha dimostrato che per una cavia di gr. 500 occorrono gr. 0,015 di nitroprussiato.

Nel secondo gruppo delle nostre ricerche dobbiamo far rilevare l'azione antidotica del tiosolfato di soda somministrato per le vie endovenosa e sottocutanea, mentre abbiamo avuto esito negativo usufruendo della via endoperitoneale che noi, in verità, abbiamo tentato più per dimostrare l'azione paralizzante del veleno sui protoplasmi cellulari, che per provare un buon mezzo di introduzione del farmaco, sapendosi che l'assorbimento della sierosa peritoneale è scarsissimo e lento.

Il tempo utile per la somministrazione del tiosolfato è abbastanza lungo come dimostra l'esperienza terza, del secondo gruppo, in cui l'antidoto fu dato molto tardi, quando erano già insorti gli accessi convulsivi.

Le chiazze di carattere arterioso, che si trovavano nel sangue scolato durante l'esame necroscopico, sono state notate anche negli avvelenamenti da cianuro di potassio e da acido cianidrico. La causa di questo fenomeno Hoppe-Seyler e Gaethgens vollero spiegarla con la combinazione dell'emoglobina con l'acido cianidrico che formerebbero così un composto molto stabile, che assorbe l'ossigeno ma lo cede difficilmente. Geppert fa un'ipotesi più plausibile, che cioè l'acido cianidrico, con la sua azione paralizzante sui protoplasmi cellulari rende incapaci i tessuti a fissare l'ossigeno del sangue arterioso.

A carico dei reni e surreni abbiamo notato degenerazione idropica dell'epitelio dei tubuli contorti e degli elementi della zona reticolata.

Conclusioni. — Come si può spiegare la diversa tossicità dei cianuri e del nitroprussiato di soda?

Il nitroprussiato di soda per svolgere il suo potere tossico abbisogna, secondo quanto dice Bhaduri, di acidi minerali che lo scindano in cloruro ferrico e acido cianidrico. Che sia questo acido a dare la tossicità al nitroprussiato lo dimostra l'intenso odore di mandorle amare che l'animale avvelenato emana dalla bocca prima e dai visceri poi. È possibile però che il CO_2 che si trova abbondante nell'organismo possa, per azione di massa, operare la liberazione dell'HCN.

Noi crediamo molto probabile che la relativa lentezza del nitroprussiato a produrre la morte sia dovuta alla complessa sua formula di composizione Na Fe (NO) $(CN)^5$, proposta da Browing. Infatti da ricerche eseguite in seguito è risultato che mentre il nitroprussiato in soluzione diluita è dissociato negli ioni seguenti 2NaOH e Fe (CN)NOH'', il cianuro di potassio invece è dissociato in KOH e HCN.

È ovvio dunque che tanto nei tessuti quanto nello stomaco, il nitroprussiato non trova quella quantità di acidi minerali bastevole a scinderlo rapidamente.

Invece i cianuri di sodio o di potassio, in ragione del loro stato di ionizzazione, possedendo l'HCN già allo stato di ione senza bisogno di ulteriore decomposizione, svolgono un'azione così pronta da rendere tardivo qualsiasi tentativo terapeutico.

Il caso di Fowweather nel quale il suicida aveva inghiottito il veleno e morì ben due ore dopo il ricovero all'Ospedale, ci fa pensare che anche se il nitroprussiato venisse portato direttamente a contatto dell'acido cloridrico dello stomaco sarebbe necessario per la liberazione di acido cianidrico un tempo di reazione già sufficiente per poter soccorrere l'avvelenato. Il tiosolfato viene teoricamente consigliato come antidoto dei cianuri, ma questa conoscenza ha poco valore pratico inquantochè la azione letale quasi fulminea di questi veleni non dà tempo di intervenire utilmente con un antidoto.

Secondo Gaglio il tiosolfato di sodio trasformandosi nell'organismo in solfito e in solfato cede facilmente il solfo al cianuro con formazione di solfocianuro quasi innocuo all'organismo.

Certamente questo è il meccanismo dell'azione antidotica del tiosolfato sul nitroprussiato, e il risultato terapeutico positivo avuto nel caso capitato alla nostra osservazione e nelle esperienze fatte, lo attribuiamo alla relativamente lenta tossicità del nitroprussiato, per cui il solfito proveniente dal tiosolfato messo in circolo, ha avuto tutto il tempo necessario per svolgere la sua azione antidotica. Come abbiamo già detto, ciò non può avvenire per i cianuri che sono così labili da essere scissi anche dall'anidride carbonica presente nell'aria, a tale reazione infatti è dovuto l'odore di mandorle amare caratteristico dell'acido cianidrico che emanano i cianuri appena esposti all'aria. Sulla via di elezione nella somministrazione dell'antidoto, escludendo a priori quella peritoneale, possiamo dire che la endovenosa è senza dubbio la migliore quale quella che immediatamente porta a contatto l'antidoto col tossico. Però è meglio e più pratico introdurre il tiosolfato per via endomuscolare perchè, se iniettato endovena, viene presto eliminato dai reni (infatti è usato nella prova del Nyiri per la funzionalità renale); mentre, iniettato nei muscoli, il tiosolfato è assorbito lentamente e rimpiazza quello escreto dai reni, senza dover ricorrere a ripetute iniezioni endovenose, occorrenti a mantenere in circolo quella quantità di antidoto atto a neutralizzare il veleno, man mano che si libera dalla lenta scissione del nitroprussiato di soda.

RIASSUNTO.

Gli AA., partendo da una osservazione personale di un caso di avvelenamento da nitroprussiato sodico curato col tiosolfato di sodio, in una prima serie di ricerche, hanno studiato la sintomatologia dell'avvelenamento e il potere antidotico del tiosolfato somministrato per via intramuscolare ed endovenosa; hanno inoltre stabilita la dose minima mortale del nitroprussiato sulle cavie, che è di gr. 0.015 per una cavia di gr. 500.

BIBLIOGRAFIA.

BHADURI. Z. f. anorg. Chem. 1913, t. LXXXIV, pag. 95.

BORRI, CEVIDALLI, LEONCINI. *Trattato di medicina legale*, 1926.

FOWWEATHER. British Medical Journal, n. 3685, 1931.

GAGLIO G. *Trattato di farmacologia e terapia*, 1926.

GAUTHIER. *Manuale di tossicologia*.

HOFMANN e KOLISKO. *Trattato di Medicina Legale*, 1906.

MAMELI E. *Chimica tossicologica*.

RABUTEAU e MASSUL. Compt. Rend., 1872, T. LXXIV, pag. 57.

SOLLMANN. *A Manual of Pharmacology and its Applications to Therapeutics and Toxicology*, 1926, pag. 774.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE S. SALVATORE DI PESARO
Direttore e chirurgo primario: Prof. C. COSTA.

Isterectomia precesarea subtotale addominale in travaglio di parto a termine per putrefazione del liquido amniotico e già avviata putrefazione del feto.

Dott. ALDO QUATTROCCHI, assistente chirurgo.

D. F. Dina, a. 23, da Cattolica.

Entra il 14-11-31, ore 3, in istato di viva sofferenza, con polso frequente (140), temperatura elevata (39°,2).

Si apprende che la paz., *primipara* a termine di gestazione, è in travaglio di parto da quattro giorni e che le acque sono scolate da tre giorni. A domicilio dal medico curante sono stati fatti ripetuti tentativi sia di applicazione di forcipe, sia di estrazione manuale riusciti vani.

E. O. Donna di conformazione generale scheletrica regolare, di statura media. Si fa un sommario esame dei vari apparati organici e nulla si rileva di patologico. Dall'espressione del volto della paz. si manifestano segni di forte sofferenza.

L'addome si presenta all'ispezione elevato, globoso. Con la palpazione si sente l'utero fortemente contratto ed alla pressione anche leggera si risveglia un vivo dolore. Gli angoli tubarici si percepiscono spostati in alto insieme ai legamenti rotondi che vi fanno capo, sicchè questi si sentono decorrere ai lati dell'utero dirigendosi verso le eminenze ileo-pettinee, fortemente tesi come due grosse corde. Colla percussione suono ottuso su tutto l'ambito uterino. Non si ascolta il battito cardiaco fetale. Coll'esplorazione si raggiungono le natiche ed il solco ano-genitale del feto. *Coniugata vera* 7,6.

Si fa diagnosi di presentazione podalica, varietà natiche sole, in posizione S. D. P.; stenosi pelvica di 2° grado; feto morto; inerzia secondaria tetanica; minaccia di rottura dell'utero.

Si pensa subito di liberare la donna e, previa narcosi eterea, si tenta l'estrazione del feto per le vie naturali, ma non vi si riesce in alcun modo, neanche con l'aiuto dell'uncino ottuso. Nelle manovre di introduzione della mano si fa un po' di largo fra parte presentata e il segmento inferiore dell'utero, sicchè fuoriesce il residuo delle acque, costituito ormai da un liquame putrido, di odore fetido.

La donna è colta da brividi subentranti e la temperatura sale a 40°,6. Si ritiene di non essere di fronte ad uno dei banali casi di febbre in travaglio, ma ad un caso di vera e propria sepsi intra-partum, e data la gravità della situazione si decide l'intervento immediato per via laparotomica. (Operatore prof. Costa).

Op.: N. etere; posizione di Trendelenburg. Laparotomia ampia ed esteriorizzazione dell'utero; isterectomia subtotale precesarea con annessectomia bilaterale. Emostasi; peritoneizzazione. Piccolo zaffo asettico nel Douglas. Sutura a strati incompleta delle pareti addominali. Tampone vaginale al iodoformio.

Si apre l'utero e si estrae un feto di sesso femminile in già avviata putrefazione.

Decorso post-operatorio abbastanza soddisfacente, se si tiene conto della grave infezione intra. partum. La temperatura oscilla tra i 38°.39° nei primi quattro giorni; qualche brivido; polso un po' frequente, ma valido.

Nei giorni successivi la febbre declina fino a 37°,2 in ottava giornata, in cui si tolgono lo zaffo, i punti e il tampone vaginale. In quattordicesima giornata insorge una flebite all'arto inf. sin. con febbre a 39°,5. A circa un mese dall'operazione l'ammalata è apirettica ed in grado di lasciare l'Ospedale il 25 dicembre completamente guarita.

L'isterectomia precesarea fu eseguita per la prima volta in Italia dal Solieri in una donna in sopraparto, con spalla incuneata e procidenza dell'arto superiore destro, in cui i ripetuti tentativi di versione fecero sospettare un inquinamento della cavità uterina. Altre volte fu poi eseguita dallo stesso Autore con felice esito per la madre e per il feto. Le indicazioni precise furono sempre le stesse: necessità di espletare il parto per via cesarea e probabilità di inquinamento della cavità uterina. Altri casi furono pubblicati successivamente da altri autori, in cui fu praticata la precesarea per placenta previa centrale (Gaifami); per fibromioma previo (Ginnasi); per carcinoma del collo (Nicolieff).

Nel nostro caso si aveva la certezza dell'infezione del contenuto uterino, e si sarebbe esposta la donna ad un gravissimo rischio di infezione peritoneale diffusa se si fosse aperto l'utero in situ, praticando la comune operazione cesarea.

L'embriotomia, che a prima vista parrebbe l'operazione di scelta, non poteva eseguirsi, perchè i legamenti rotondi erano fortemente tesi e l'utero minacciava di rompersi, e con tutta probabilità durante le manovre lunghe, laboriose, gravemente traumatizzanti si sarebbe avuta la rottura completa con tutte le sue gravi conseguenze. Tale ipotesi è stata poi convalidata dal reperto operatorio in cui si potè constatare la rottura parziale sottosierosa del segmento inferiore a destra. E se ancora non si fosse giunti a tale grave complicanza, rimaneva sempre un utero gravemente infetto che avrebbe seriamente compromesso l'esistenza della paziente. Un simile caso è occorso recentemente al prof. Gaifami: si trattava di una primipara in travaglio da quattro giorni, membrane aperte, con feto a termine in presentazione podalica; febbre a 40° con brividi. Praticò l'embriotomia abbastanza agevolmente; ma tuttavia l'esito non fu felice per la poveretta che dovette soccombere in decima giornata per peritonite.

Noi avremmo potuto perdere la donna per

infezione della matrice o per peritonite che disgraziatamente avrebbe potuto insorgere anche in seguito all'atto operativo. Praticando la comune embriotomia con infezione così grave, avremmo liberato la donna, ma non tolto il rischio nè della sepsi mortale nè della peritonite. Coll'isterectomia precesarea abbiamo raggiunto l'uno e l'altro scopo, perchè coll'ablazione dell'utero si è troncata la metrite settica e d'altra parte la tecnica operatoria esatta e severa ci ha anche concesso di preservare il peritoneo da inquinamento da parte di liquidi settici.

Una simile operazione è da ritenersi un intervento di assoluta eccezione perchè comporta una mutilazione di organi importanti, non essendo possibile di conservare le ovaie, e sopprime per sempre la funzione della maternità. Ma nei casi in cui si sia costretti a praticare la cesarea con grave infezione in atto del contenuto uterino, come nel nostro, si deve preferire all'amputazione utero-ovarica alla Porro, in quanto si abbrevia la durata dell'intervento, non compiendosi il primo tempo dell'operazione; e poi non si espone ad un sicuro inquinamento da parte del liquido amniotico fortemente infetto la cavità addominale. D'altra parte difficoltà di tecnica non ve ne sono, praticandosi un'isterectomia come per fibromioma; anzi in condizioni più favorevoli per la notevole lassezza dei legamenti e delle pliche peritoneali.

Non abbiamo voluto tentare nè l'intervento alla Portes nè il taglio cesareo soprasinfisario per le stesse ragioni per cui non abbiamo fatta l'embriotomia, essendo nostro preciso volere di asportare l'utero infetto onde prevenire la setticemia puerperale.

L'intervento di scelta rimane dunque in casi così gravi di infezione della matrice l'isterectomia precesarea addominale sopravaginale, perchè ci salvaguarda dall'infezione diffusa del peritoneo non riversandosi liquidi fortemente settici nella cavità addominale, e nello stesso tempo ci permette di asportare in massa un utero gravemente infetto e seriamente pericoloso pr la vita della paziente.

RIASSUNTO.

L'A. espone un caso grave di infezione in travaglio di parto in cui l'isterectomia precesarea riuscì a salvare la paziente, e consiglia come estremo rimedio di praticare tale intervento in casi in cui si sia posta la diagnosi di sepsi intra-partum.

BIBLIOGRAFIA.

1. SOLIERI. *Sulla isterectomia precesarea addominale*. Morgagni, parte II, n. 5, Milano, 1922.
2. PANSINI. Il Policlinico, Sez. chir., ottobre 1922.
3. ID. Ibid., Sez. prat., a. XXXIII, fasc. 27, p. 935.
4. GINNASI. *Isterectomia totale precesarea*. Ibid., Sez. prat., a. XXXIII, fasc. 45, pag. 1578.
5. URBANI. Ibid., Seez. prat., a. XXXIV, fasc. 17, pag. 599.
6. GAIFAMI. Rivista Ost. e Gin., 1922, n. 5.
7. ID. La Clinica Ostetrica, 1927.
8. ID. Ibid., 1931, n. 6, pag. 377.
9. NICOLIEFF. Ibid., 1931, n. 6, pag. 370.

RIVISTE SINTETICHE

La Leishmaniosi interna (kala-azar)

per il dott. ALBERTO SCATURRO
(Sciacca, Girgenti).

Le frequenti pubblicazioni di casi di leishmaniosi che da qualche anno vengono segnalati in varie parti d'Italia e particolarmente dell'Italia meridionale e insulare, più che a maggiore diffusione della malattia si devono, indubbiamente, ad una migliore conoscenza di essa.

L'importanza dell'argomento merita quindi una rivista sintetica della nosografia, della diagnostica e della cura della leishmaniosi con la quale noi medici siciliani siamo continuamente in contatto.

***

Le prime osservazioni riguardanti la leishmaniosi rimontano al 1880 quando i medici delle Indie inglesi segnalarono una malattia che si diffondeva in forma epidemica lungo le grandi arterie commerciali e che veniva detta malattia nera o Kala-azar. Sul principio essa venne considerata come una forma di malaria e solo nel 1913 il Leishmann scoprì in essa un parassita speciale che il Donovan dimostrò essere l'agente eziologico della malattia. Dopo tale scoperta, casi di leishmaniosi vennero riscontrati in altri paesi: Cina, Arabia, Egitto e nei paesi del bacino del Mediterraneo ed i casi si riferiscono specialmente a bambini.

La sindrome morbosa che il parassita di Leishmann determina nei bambini era stata già descritta in Italia, nel 1880, da Cardarelli e poi da Somma, da Fede e da altri clinici col nome di pseudoleucemia infantile infettiva o di anemia splenica infantile infettiva. ma solo nel 1905 (in seguito alla scoperta fatta da Pianese, negli organi di bambini affetti da anemia splenica, di un parassita morfologicamente identico a quello descritto da Leishmann) si comprese tale forma morbosa essere una vera e propria leishmaniosi infantile. Confermarono ben presto tale scoperta le ricerche di Nicolle, Gabbi, Concetti, Jemma, Feletti e le loro scuole.

Il parassita della leishmaniosi infantile appartiene alla famiglia dei tripanosomidi ed è morfologicamente e culturalmente identico al parassita della leishmaniosi cutanea. È costituito da un corpo cellulare di forma rotonda od ovalare in cui si distinguono: la membrana, il citoplasma, il nucleo e il blefaroplasto. Colorando col Giemsa o col Leishman il protoplasma appare violetto o azzurro pallido, il nucleo (centrale o eccentrico) violetto o azzurro più intenso ed ancor più intenso il blefaroplasto che si trova in direzione perpendicolare al nucleo.

I parassiti sono, di regola, rinchiusi in grossi leucociti mononucleari, ma nei preparati a striscio il protoplasma delle cellule ospiti spesso si lacera e quindi i parassiti rimangono liberi. La sede endoleucocitaria dei parassiti è un importante carattere differenziale dal plasmodio della malaria che colpisce a preferenza i globuli rossi.

I parassiti si annidano specialmente negli organi emopoietici (milza, midollo osseo, fegato) e più raramente in altri organi (rene, linfoghiandole, muscoli, ecc.). Il Cannata, per primo, ha segnalato la presenza di parassiti nel sangue periferico, inclusi nei grandi mononucleati e nei polinucleati neutrofili e tale reperto è stato confermato da Vaglio, Vilà e Pittaluga, Rutelli, Abate, Lo Presti-Seminerio. Io, nei miei casi, l'ho notato quasi costantemente.

Il parassita si può ottenere in coltura pura dalla milza, dal midollo osseo e dal sangue periferico in terreno di Novy-Neal-Nicolle modificato ed anche in terreno di Bordet e Gengou modificato. Nelle colture assume forma flagellata e ad un certo periodo del suo sviluppo presenta (oltre al nucleo e al blefaroplasto) numerosi granuli cromatici.

Non si conosce ancora in modo sicuro l'ospite intermediario e quindi la trasmissione della infezione. Dato però che il parassita circola nel sangue periferico si può ritenere che la leishmaniosi sia trasmessa da insetti ematofagi, nei quali il parassita subisce quel ciclo di sviluppo flagellato che si osserva nei terreni di coltura. Quasi tutti gli insetti ematofagi sono stati dimostrati quali agenti trasmettitori della malattia e la poca diffusione della leishmaniosi in confronto della malaria deve essere attribuita alla scarsa quantità di parassiti nel sangue periferico per cui non sempre e non tutti gli agenti intermediari presenti in un luogo si posso infettare (Lo Presti-Seminerio).

***

La leishmaniosi è diffusa in tutto il bacino del Mediterraneo e colpisce maggiormente i bambini da 1 a 5 anni e specialmente i bambini delle classi povere e dei contadini in specie. Il quadro delle alterazioni anatomopatologiche attentamente studiato da Jemma, Di Cristina, Cannata, De Capua, ecc.; è stato magistralmente descritto da Dionisi.

Gli organi maggiormente colpiti sono la cute e le mucose superficiali e profonde che si presentano anemizzate, la milza e il fegato, le linfoghiandole superficiali e profonde in cui si ha accumulo di parassiti inclusi specialmente nell'endotelio dei capillari sanguigni, negli elementi cellulari dello stroma reticolo-endoteliale e nelle cellule epiteliali, l'ultima porzione dell'ileo e il colon (iperemia, ulcerazioni superficiali ecc.), i reni in cui si presenta non raramente una nefrite tubulare, i polmoni in cui si trovano note di broncopolmonite. Il tumore di milza, che è la caratteristica più importante della malattia, è dovuto (secondo Dionisi) al seguente processo. I parassiti, provenienti dai capillari dei follicoli splenici, sono fagocitati dagli endoteli e producono in essi alterazioni regressive; l'anemia indotta dal rigonfiamento degli elementi endoteliali dei capillari produce alterazioni negli elementi dei follicoli, si ha fagocitosi dei parassiti da parte delle cellule del reticolo che quindi cadono in necrosi, mentre i filamenti del reticolo si ispessiscono e sostituiscono gli elementi cellulari morti. A tale fagocitosi partecipano attivamente gli endoteli delle lacune della polpa, gli elementi della polpa e quelli del reticolo, cosicchè per le loro alterazioni degenerative e per la notevole dilatazione delle lacune vascolari si ha il tumore di milza.

***

La sintomatologia della leishmaniosi è molto netta e ben stabilita nel periodo di stato. È sconosciuto il periodo di incubazione. Nel periodo iniziale si ha cambiamento di umore del bambino che diventa annoiato, irritabile, non proclive al gioco e presenta febbre ad andamento irregolare, disturbi gastroenterici, fatti bronchiali, mentre si stabiliscono progressivamente le note di anemia con ingrossamento della milza. Di rado i bambini vengono portati in questo periodo all'osservazione del medico, il quale, per lo più, vede gli infermi nel periodo di stato in cui si ha il quadro clinico completo.

La febbre ha per carattere fondamentale la irregolarità. Per lo più è intermittente irregolare, spesso con due o più accessi febbrili nel corso del giorno o continuo-remittente con esacerbazioni a volte mattutine a volte serali. Spesso l'elevazione febbrile si inizia con brivido e la discesa si accompagna a sudorazione. Si possono avere dei periodi più o meno lunghi di apiressia.

L'anemia è progressivamente intensa e rilevabile sulla cute e sulle mucose visibili: gli infermi assumono un caratteristico colore di

cera vecchia ben manifestantesi specialmente ai padiglioni auricolari. I dati ematologici (pur non essendo tipicamente specifici per la malattia) sono abbastanza caratteristici: si ha diminuzione numerica delle emazie con anisocitosi e poichilocitosi, oligocromoemia spesso notevole, frequente policromatofilia. Il tasso emoglobinico è diminuito. Riguardo ai globuli bianchi si ha per lo più leucopenia e la formula leucocitaria dimostra quasi sempre aumento degli elementi mononucleati, specialmente linfociti. Il valore globulare è sempre inferiore all'unità. La resistenza globulare è diminuita. Il numero delle piastrine è diminuito. In conclusione si hanno le note di una anemia aplastica dovuta a scarsa rigenerazione globulare per le gravi alterazioni prodotte dai parassiti negli organi emopoietici (Cannata).

Caratteristica immancabile della leishmaniosi è la splenomegalia che spesso raggiunge enormi proporzioni: la milza si presenta ingrandita in tutti i suoi diametri, a superficie liscia, di consistenza dura, spostabile e indolente. L'ingrossamento del fegato, che segue a quello della milza, è poco spiccato e si accompagna a formazione di un evidente reticolo venoso della cute dell'addome. Costante è la micropoliadenopatia.

A carico del sistema circolatorio si ha spesso soffio anemico alla punta, rumore di trottola alle giugulari. Il polso non presenta caratteristiche notevoli. Si ha grande fragilità vasale e spesso si hanno delle vere e proprie porpore sintomatiche quale esponente di una diatesi emorragica transitoria (De Capua, Lo Presti-Seminerio).

A carico del tubo gastroenterico si ha sempre anoressia e dispepsia atonica, spesso diarrea che può essere molto intensa.

Riguardo all'apparato respiratorio sono segnalate frequenti le bronchiti e spesso broncopolmoniti. Io ho costantemente rilevato nei miei casi l'esistenza di un catarro bronchiale diffuso.

L'esame dell'apparato urinario fa talvolta riscontrare albuminuria che (come dirò parlando della cura) deve rendere guardinghi nell'uso del rimedio specifico.

Al quadro clinico descritto, se l'infermo non viene adeguatamente curato, subentra il periodo terminale o cachettico in cui l'anemia si accentua ancora di più e l'infermo muore per marasma o per un'affezione intercorrente o (come ho visto talvolta) per emorragie spontanee dalle mucose.

Riguardo alle forme cliniche Jemma distingue: una forma acuta della durata di 1-2 mesi, molto rara; una forma subacuta della durata di 5-12 mesi, la più frequente; una forma lentissima che va da 1 a 2 anni con lunghi periodi di remissione di tutti i sintomi, anch'essa rara.

Diagnosi. Il tripode clinico sintomatologico è dato dalla febbre irregolare, dall'anemia e dal tumore di milza, ma ciò non basta per la sicurezza della diagnosi; questa si accerta in maniera incontrovertibile con la ricerca del parassita nel sangue circolante o nel succo splenico o nel midollo osseo.

Per la puntura della milza il procedimento adottato è il seguente: si immobilizza sul letto l'ammalato in posizione supina leggermente obliqua sul lato sinistro, si stabilisce con la palpazione il sito della puntura, si sterilizza la cute con tintura di jodio e alcool. Con la mano sinistra si spinge in alto la milza in modo da immobilizzarla il più possibile e con la destra si infigge nel punto prescelto un ago sterilizzato lungo e sottile (N. 12 lungo 7-8 cm.). Si attraversa la cute in senso perpendicolare e poi si spinge l'ago nel parenchima splenico che offre una resistenza pastosa meno spiccata di quella della cute e più pronunziata di quella del sottocutaneo. A questo punto si lascia l'ago a sè stesso per pochi secondi in modo che possa seguire liberamente le escursioni della milza, indi lo si estrae rapidamente. Dalla punta dell'ago defluiranno alcune goccie di polpa splenica con cui si praticano gli strisci che vengono colorati coi comuni metodi di colorazione (Leishman, Giemsa, Romanowski).

Per la puntura del midollo osseo si usa un piccolo trequarti o un ago Weindraud N. 1 (lungo 3-4 cm.). Un assistente immobilizza un arto inferiore prendendolo con una mano sopra il ginocchio e con l'altra al collo del piede. Previa sterilizzazione della cute e dell'ago si infigge questo nella parte più alta della diafisi tibiale. L'ago deve essere munito di un'anima robusta per allontanare piccole schegge ossee che, ostruendo il lume dell'ago, potrebbero impedire che vi penetri il succo midollare. Ottenuta così qualche goccia di questo succo si allestiscono i preparati come per il succo splenico.

Per la ricerca dei parassiti nel sangue circolante occorre l'esame accurato e paziente di parecchi preparati. In generale viene preferita, per la sua innocuità, la puntura del midollo osseo (Jemma, Di Cristina, Caronia, Cannata ecc.), solo se questa riesce negativa si pratica la puntura della milza che è sempre più ricca in parassiti.

Per la diagnosi della leishmaniosi sono state proposte reazioni sierologiche (Brahmachari, Gaté e Papacostas, Fabris) le quali però sono incostanti e malsicure.

Prognosi. La malattia non curata porta sicuramente a morte il paziente. Le guarigioni spontanee possono avvenire (Jemma) ma, se pure si verificano, devono essere molto rare. Con la cura specifica si ha la guarigione nel 75 % dei casi.

Cura. La terapia classica della leishmaniosi è gloria italiana (Di Cristina e Caronia) e consiste nelle iniezioni endovenose di una soluzione all'1 % di tartaro stibiato.

Prima di iniziare la cura è assolutamente necessario di esaminare attentamente le urine che devono essere sorvegliate spesso durante la cura stessa. La nefrite in qualsiasi forma controindica in maniera assoluta il trattamento antimoniale. Sembra però che il tartrato di sodio e antimonio, nei casi di minime lesioni renali, possa essere usato senza danno (Cannata, Lo Presti-Seminerio).

Il tartaro stibiato deve essere sciolto in una soluzione ipotonica di cloruro di sodio al 0,45 %, così l'iniezione è meglio tollerata (Pastore, Lo Presti-Seminerio). Nei bambini grandicelli le iniezioni si possono spesso praticare agevolmente nelle vene superficiali della piega del gomito, nei piccoli si ricorre alle giugulari esterne. Il paziente con le braccia distese lungo il tronco viene avvolto in un lenzuolo e posto su un comune tavolo da medicatura in posizione supina; si abbassa il piano del tavolo corrispondente alla testa e questa vi si fa poggiare e mantenere ferma girando la faccia dal lato opposto a quello in cui si pratica la iniezione. Il pianto del bambino rende turgida ed appariscente la vena. La cute va disinfettata con alcool, la siringa e l'ago con l'ebollizione. La soluzione di tartaro si fa preparare in fiale da 5 cmc.

Si inizia la cura con 1 cmc. e nelle successive iniezioni si eleva progressivamente la dose fino a che non si manifestano fenomeni di intolleranza i quali sono dati da tosse stizzosa a tipo pertussoide o da vomito subito dopo l'iniezione. In genere vengono praticate due iniezioni la settimana. Il numero totale delle iniezioni è in media da 25 a 30.

Gli effetti della cura sono il più delle volte rapidi ed il miglioramento si rivela anzitutto nel miglioramento della crasi sanguigna, nell'aumento dell'appetito e nella diminuzione della febbre. Il tumore splenico regredisce in genere molto lentamente e qualche volta, pur scomparendo la febbre, si ha ancora notevole splenomegalia.

Alcune volte però malgrado una cura intensa di tartaro stibiato non si ha una netta regressione della malattia, in tali casi è stata associata la cura col tartaro stibiato alle irradizioni Röntgen a dose stimolante sulla milza e sul fegato (Baldi). Cannata e la sua scuola nei casi resistenti al tartaro stibiato hanno usato il tartrato di sodio ed antimonio e ne vantano brillanti risultati. Di tale preparato, che non trovasi ancora facilmente in commercio, io però non ho pratica.

Nei casi in cui, per varie ragioni, non si può usare la via endovenosa vengono usati dei preparati antimoniali per via intramuscolare (Stibenyl, Neo-Stibosan, Fuadina, Stibional). Con lo Stibional ho curato e guarito alcuni bambini osservando un'ottima tolleranza generale e locale; ho però osservato che per una migliore tolleranza locale è bene mescolare un volume della soluzione antimoniale con un volume e mezzo del liquido isotonizzante.

Come adiuvanti della cura specifica giovano gli eupeptici, i ferruginosi e gli arsenicali; io prescrivo abitualmente lo sciroppo jodoferrato del Ruspini con l'aggiunta di liquore del Fowler e di tintura di noce vomica in dosi appropriate all'età degli infermi.

BIBLIOGRAFIA.

Una estesa bibliografia si può trovare nel mio lavoro: *Contributo alla conoscenza della diffusione delle Leishmaniosi in Sicilia*. Rivista Sanitaria Siciliana, 1930, N. 16.

Fra le pubblicazioni recenti si consultino:

ALESSANDRO. *Un grave caso di L. infantile.* Riv. di terapia pratica, 1930, pag. 113.

BALDI. *Considerazioni terapeutiche sopra un caso di L. infantile.* La pratica pediatrica, 1931, N. 5.

CAMMARATA. *Contributo alla cura del Kala-azar.* Riv. San Sicil., 1931, N. 8.

CANNATA. *Leishmaniosi interna.* Rass. Clin. Scientifica dell'I.B.I., 1930, N. 7.

CASTORINA. *Sulla diffusione della L. nella provincia di Reggio Calabria.* Riforma medica, 1931, N. 22.

CORONA. *Kala-azar nell'adulto.* Riv. Sanit. Sicil., 1931, N. 16.

COSTANTINO. *Contributo alla conoscenza e alla terapia del Kala-azar.* La Pediatria, 1930, N. 8.

DAL COLLO. *L. viscerale in giovane residente a Sermide (Mantova).* Giorn. di Medicina Militare, 1931, N. 5.

FRANCHINI. *L. interna in un marinaio reduce dalla Cina*. Policlinico, Sez. pratica, 1930, N. 107.

GASPERINI. *Sulla coltura dal sangue periferico nel Kala-azar.* Annali d'igiene, 1930, N. 12.

GUERRICCHIO. *La L. infantile a Matera.* Boll. dell'*Assoc. di coltura medica materana*, 1929, N. 5.

JEMMA. *Leishmaniosi nei bambini.* Riforma medica, 8 dic. 1930.

ID. *Epidemiologia della L. infantile.* La pediatria, 1930, N. 4.

LAURINSICH. *Agglutinazione di varie specie di Leishmania.* Ibid., 1° aprile 1931.

LO PRESTI-SEMINERIO. *La L. infantile in provincia di Agrigento.* Riv. Sanit. Sicil., 1931, N. 2.

NOVIELLO. *Tre casi di L. interna.* Prognosi di terapia, 1930, N. 9.

ROGERS. *Recientes adquisiciones en medicina tropical.* Madrid, Morata, 1931.

SQUILLACI. *Un caso di L. infantile.* La lettura medica, 1931, N. 2.

THOMSON. *L'immunità nelle malattie da protozoi nell'uomo.* Rif. in Policlinico, Sez. pratica, 1931, N. 15.

TIMPANO. *La L. interna negli adulti in Italia.* Ibid., 1930, N. 23.

ID. *Un caso di Kala-azar guarito con la splenectomia.* Ibid., Sez. prat., 1930, N. 47.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA COSTITUZIONALISTICA.

Le vere e le false robustezze.

(N. PENDE. *Accademia Medica*, 15 sett. 1931).

Dal punto di vista della resistenza vitale, noi possiamo distinguere tutti gl'individui, a qualunque età essi appartengano, in tre categorie, quella degli individui a salute deficiente, quelli con salute sufficiente e quelli con salute robusta. La robustezza è la salute perfetta, caratterizzata dal fatto che l'individuo possiede una buona capacità di riserva d'energia vitale, di modo che l'individuo robusto non solo non appare e non è malato, ma è un individuo in cui gli organi non solo bastano alle comuni necessità vitali quotidiane, ma hanno tali riserve di energia funzionale che essi possono spendere al di là del necessario senza impoverirsi, senza esaurirsi, senza ammalarsi.

Ora, spesso si commettono errori grossolani nel giudizio pratico della robustezza e sopratutto per la ragione che si interpreta come robustezza una esuberanza dell'organismo, la quale è per se stessa invece ragione di debolezza.

La robustezza vera è armonia ed equilibrio, senza eccessi di nessun tessuto, di nessun organo, senza preponderanza di una funzione, anche se si tratti di preponderanza di funzioni elevate, come sono quelle della corteccia cerebrale.

Ma nel giudicare di una tale robustezza armonica noi non dobbiamo fermarci soltanto alla morfologia esterna dell'individuo (statura, peso); occorre tener conto anche dello sviluppo di alcuni apparati organici fondamentali, come sono il cuore, i polmoni, i muscoli, il sangue, l'apparato renale e genitale, il sistema nervoso, le ghiandole endocrine. Solo quando l'esame di questi apparati dà risultati normali, l'individuo ben proporzionato può dichiararsi robusto fisicamente. È per non aver tenuto conto di questo stato di sviluppo degli apparati più essenziali della vita, è per essersi fermati alla superficie del corpo od alla linea generale, che si sono commessi e si commettono tuttora grossolani errori nel giudizio di robustezza.

Fra le false robustezze, l'A. ne ricorda quattro forme: la falsa robustezza per eccesso di acqua e di linfa nei tessuti, che si osserva nell'età infantile, la falsa robustezza per eccesso di muscoli, che è propria dell'età giovane e adulta, la falsa robustezza per eccesso di sangue, propria dell'età matura, e la falsa robustezza per eccesso di energia nervosa, che è dell'età del tramonto e della senilità.

La prima è quella che più spesso forma la gioia di molti genitori, i quali vedono crescere i loro bambini tondi e rosei e per lo più assai pieni di vivacità, di attività e di intelligenza. Invece per la medicina costituzionalista moderna sono questi precisamente i bambini affetti dalla cosidetta diatesi neuro-artritica, che si associa comunemente a linfatismo, ad uricemia, a diatesi essudativa, a nervosismo costituzionale. Questi bambini linfatici-artritici, che sono pure mangiatori, e quindi esposti a tutti i danni che produce l'eccesso di alimentazione fin dai primi giorni di vita, sono quelli che vanno incontro con più facilità alla dispepsia, agli eczemi, all'orticaria, ai catarri bronchiali recidivanti e spasmodici, ai catarri gastrici ed intestinali, alle congestioni polmonari acute, ai disturbi d'ipereccitabilità nervosa, talvolta a tipo di isteria infantile, e più tardi, nell'età adulta, al diabete, alla gotta, alle calcolosi biliari e renali.

Questi bambini esuberanti di corpo e di spirito sono poi assai esposti a contrarre quelle infezioni acute dell'età infantile che prediligono precisamente gli organismi con tonsille grosse e tessuto linfatico esuberante, come la difterite, la scarlattina, il reumatismo articolare acuto.

Occorre a questi bambini mangiatori, non solo proibire tutte le ghiottonerie possibili, ma ridurre molto i cibi che fabbricano molto acido urico e colesterina e che favoriscono l'acidità del sangue (carni, uova, dolci, alcool). Occorre anche limitare il sale ed i cibi salati, perchè facilitano l'aumento di acqua nei tessuti ed aumentano l'irritabilità nervosa. Molta vita all'aria libera, intestino sempre libero, igiene nervosa e mentale la più adatta per evitare di eccitare sopratutto la fantasia già tanto sviluppata in questi bambini precoci, sports molto moderati, vigilanza della crisi di pubertà.

Passando a considerare la seconda delle false robustezze, la falsa robustezza muscolare, l'A. mette in guardia contro la tendenza moderna a sviluppare oltre misura i muscoli del corpo, a formare cioè corpi di atleti, e sopratutto a formare quegli atletismi parziali, che disarmonizzano le linee estetiche del corpo e creano squilibri funzionali pericolosi. Difatti l'individuo esuberante di muscoli è, non già un forte, come il volgo crede, ma un debole: è un individuo in cui il cuore e le arterie sono esposti allo strapazzo e quindi al logoramento precoce, che si annunzia coll'aumento insidioso della pressione del sangue e successivamente con l'arteriosclerosi e con le conseguenze di queste lesioni arteriali sul cuore, sul cervello, sui reni. Si aggiunga che in questi soggetti esuberanti di muscoli è anche facile dimostrare un eccesso di acido urico e di colesterina nel sangue, e quindi una predi-

sposizione ai vari reumatismi urici muscolari ed articolari, nonchè alle calcolosi dei reni e delle vie biliari.

In questi colossi di carne occorre dunque infrenare la tendenza ad abusare dei loro muscoli e gli abusi alimentari.

La terza forma, la falsa robustezza da pletora sanguigna, comprende individui a temperamento brevilineo ipergenitale, che sono facili vittime della polmonite e delle emorragie cerebrali. Si comprende quanta importanza abbia in essi l'igiene alimentare, poichè solo una sobrietà francescana può ridurre poco a poco la massa del loro sangue.

La quarta forma è quella che l'A. chiama pseudogiovanilità senile. Essa simula per qualche tempo una grande resistenza fisica e psichica. Se però si sottopongono questi soggetti ad un accurato controllo del funzionamento dei principali apparati organici, si può osservare la esistenza di uno stato morboso che passa inosservato ad occhi poco esercitati e che l'A. ha chiamato simpaticotonismo senile, che si accompagna ad aumento della pressione arteriosa e ad eccessiva stimolazione del cuore e del cervello. Per tali ragioni questi vecchi appaiono irrequieti, insonni, bisognosi di muoversi, di lottare, di parlare, e non di rado diventano anche intraprendenti in certi campi dell'attività umana in cui avrebbero già da un pezzo dovuto ammainare le vele! Assai spesso si assiste al crollo improvviso ed insospettato di questi così detti giovani eterni, i quali avrebbero, se curati a tempo, veramente potuto prolungare la loro vita produttiva, mentre ne hanno accelerato la fine naturale, col bruciare rapidamente le loro riserve vitali. C. TOSCANO.

MALATTIE INFETTIVE.

Patogenesi della parotite suppurativa acuta. Studio sperimentale.

(A. L. BERNDT, R. BUCK e VON BUXTON. *The Americ. Journ. of the Medic. Sciences*, novembre 1931).

Quasi tutti gli autori ammettono che nella patogenesi della parotite suppurativa acuta nella maggior parte dei casi si tratta di ascesa di germi alla ghiandola dalla bocca attraverso il dotto di Stenone; alcuni però ritengono che l'infezione ematogena sia più frequente di quel che è comunemente ammesso e basano quest'opinione sul fatto che la parotite suppurativa compare come complicazione di interventi su focolai settici qualche giorno dopo l'intervento.

I reperti anatomici e batteriologici stanno a sostegno dell'infezione ascendente, perchè nel periodo iniziale c'è una lesione dei grossi dotti, nei periodi più avanzati sono colpiti i dotti ghiandolari più piccoli e il tessuto ghiandolare.

I germi trovati nella parotite molto raramente sono gli stessi esistenti in un focolaio settico posto altrove o sono gli stessi di una infezione generale coesistente, fa eccezione il tifo, in cui oltre il b. del tifo si ha qualche altro germe associato. Il germe più frequentemente trovato nella parotite con infiammazione suppurativa acuta è lo stafilococco aureo.

Le cause che facilitano il prodursi dell'infezione ascendente sono la diminuita resistenza generale alle infezioni, l'aumento della virulenza dei germi comuni della bocca, la diminuzione della secrezione salivare riflessa per azione degli anestetici, traumi diretti della parotite per opera di anestetista poco cauto.

Dal punto di vista sperimentale Claissé e Dupré hanno tentato, senza riuscirci, di provocare nei cani la parotite suppurativa iniettando germi nei dotti. Essi ebbero risultati positivi solo introducendo corpi estranei nei dotti oppure legando questi. Rost ottenne parotite iniettando germi nei dotti ghiandolari e nelle arterie nutritizie della ghiandola.

Gli AA. ripeterono gli esperimenti di Rost. In una prima serie di esperimenti iniettarono germi nei dotti di Stenone in alcuni cani e nell'arteria temporale superficiale di altri. In 3 (su 4) ottennero suppurazione della parotite coll'iniezione di germi nei dotti e in 2 casi l'ottennero coll'iniezione nell'arteria. In alcuni animali associarono iniezione di germi nei dotti e legatura dei dotti ed ottennero suppurazione della ghiandola identica ai casi in cui si ebbe senza la legatura.

In una seconda serie di esperimenti gli AA. vollero vedere che cosa succedeva legando i dotti senza iniettare germi in essi ma iniettandoli nelle arterie; essi videro che la legatura semplice del dotto della parotide non è seguita da infiammazione nei primi 4 giorni, essi osservarono pure che l'iniezione endoarteriosa di germi non diminuisce la resistenza della ghiandola del senso che non ne rimane facilitata l'infezione per via ascendente.

Le osservazioni istopatologiche della parotite suppurativa sperimentale da infezione per via ascendente dànno distensione dei dotti, lesione più estesa dei dotti grossi, minore dei piccoli, distruzione estesa dell'epitelio dei dotti, reazione attorno ai dotti più evidente nei punti in cui c'è stata rottura della parete del dotto (la reazione è neutrofila), non cambiamenti dei vasi sanguigni. Invece nelle infezioni sperimentali ematogene i dotti ghiandolari non sono distesi, sono poco modificati i grossi dotti e più alterati i piccoli, l'epitelio è intatto o iperplastico, la reazione attorno ai dotti è più uniforme ed è mononucleare in prevalenza e ci sono alterazioni arteriose (iperplasia dell'endotelio, a volte inizio di un trombo anulare). R. LUSENA.

Nuovo contributo allo studio del kala-azar dell'adulto.

(F. CORONA. *Rif. Med.*, 16 nov. 1931).

L'A. riferisce su quattro casi di kala-azar in adulti e ne illustra le particolarità cliniche.

L'interesse del primo caso è dato dall'associazione kala-azar e tubercolosi polmonare e dalla loro reciproca influenza. Le sintomatologie delle due forme morbose si sono sovrapposte imprimendo alla malattia un decorso *sui generis*. Notevole fu la resistenza del kala-azar al trattamento antimoniale, conformemente a quanto è stato affermato dalla Scuola di Palermo, cioè che il kala-azar dell'adulto è contraddistinto non già da una refrattarietà al trattamento antimoniale, ma da un ritardo dei benefici. Sull'influenza reciproca delle due affezioni, il decorso ed i miglioramenti ottenuti autorizzano ad escludere tanto un fenomeno di sinergia che di anergia.

Il 2° ed il 3° caso dimostrano come il kala-azar possa trascinarsi misconosciuto per un lungo periodo di tempo, perchè scambiato con la malaria, sia per la sintomatologia talvolta poco difforme, sia per il criterio epidemiologico, verificandosi spesso il kala-azar in zone riconosciute malariche, sia per l'azione efficace del chinino negli stadi iniziali della malattia. Nel corso della malattia il chinino perde questa sua virtù e questo contrasto con la sua primitiva efficacia deve mettere il medico sull'avviso.

Il 4° caso è interessante per aver dato luogo, come successione morbosa, ad un'epatite atrofica con ascite. L'assenza di qualsiasi altra causa che possa aver determinato questa forma di epatite ed il criterio cronologico della successione morbosa pongono il problema del rapporto causale fra il kala-azar e l'epatite atrofica.

L'A. insiste su alcuni elementi atti ad istradare il medico al riconoscimento della malattia. Il primo riguarda il procedere inizialmente dell'infezione a ondate febbrili alternate a periodi di apparente benessere. Le ondate delineano un andamento clinico di accessi recidivanti a periodi di tempo vari i cui intervalli di apiressia vanno sempre più restringendosi sino a ricondursi al tipo giornaliero intermittente o fortemente remittente; ma un'osservazione accurata fa rilevare ancora dei periodi di esacerbazione che succedono a periodi di minore acuzie per cui, anche quando si ha tipo remittente, la curva, ottenuta dall'unione di tutti i massimi di temperatura, descrive nell'insieme delle ondulazioni (febbre a tipo ondulante).

Va poi rilevata l'accentuata resistenza dell'infezione al trattamento specifico, per cui si richiede tenacia per aver ragione della malattia.

L'impossibilità di fare affidamento sul criterio *ex juvantibus*, le cennate difficoltà di discriminazione diagnostica con la malaria, e le sempre più frequenti linfogranulomatosi viscerali epatosplenomegaliche, fanno apparire desiderabile un accertamento sicuro quale può venire da una maggiore diffusione della puntura esplorativa. Al riguardo è da dare con Pontano la preferenza a quella della milza, perchè dà risultati positivi più frequenti della puntura del midollo, e perchè innocua, se la milza ha consistenza dura.

C. TOSCANO.

OCULISTICA.

L'aspetto pratico del glaucoma acuto primario.

(A. BRAV. *American Medicine*, dicembre 1931).

Bisogna convincersi che il glaucoma acuto è una malattia molto grave dell'occhio che generalmente porta alla cecità totale se non curata, mentre può essere curabile se il medico la riconosce e la aggredisce nei suoi primi stadii. Il fenomeno essenziale del glaucoma è la aumentata pressione intraoculare che non ha alcuna relazione nè causale nè d'altro genere con la ipertensione arteriosa: i sintomi secondari del glaucoma dipendono tutti dalla condizione ipertensiva endooculare. Negli stadi primari l'aumento di pressione è esercitato anteriormente sul corpo ciliare e sulla cornea e dà origine al dolore, alla riduzione della visione ed agli altri sintomi associati in quanto produce edema corneale ed infiltrazione che intercetta i raggi della luce che cercano di entrare attraverso la pupilla. Non appena, in seguito a trattamento sia medico sia chirurgico, la pressione intraoculare diminuisce, la cornea ridiviene chiara e permeabile ai raggi luminosi e la funzione visica ritorna normale. Ma se la malattia non viene prontamente curata la pressione viene ad esercitarsi anche posteriormente sul nervo ottico provocandone l'atrofia e quindi cecità irreparabile, anche se in seguito a cure la cornea ridivenisse trasparente.

La vera causa del glaucoma acuto è ancora sconosciuta: si è già detto come nessuna influenza vi abbia lo stato ipertensivo arterioso: e vi è chi ammette che vi sia una predisposizione di razza (ebrei, egiziani) o ereditaria: ma ciò è difficile a sostenere. Secondo alcuni i forti stati emotivi hanno una notevole influenza sullo sviluppo dell'attacco di glaucoma.

Riguardo alla patogenesi la maggior parte degli AA. crede che il glaucoma acuto derivi da una ostruzione nella regione dei corpi ciliari avente relazione con i vasi venosi e dovuta a qualche compressione od ostru-

zione del canale di Schlemm. La malattia appare di solito durante il periodo presbiopico, cioè dopo l'età media: essa si trova generalmente in occhi ipermetropi, in cui lo spazio circumlentale è meno capace che nell'occhio miope.

Praticamente il glaucoma acuto può essere diviso in tre stadi:

1) *Stadio prodromico*. È il segnale d'allarme per il paziente e per il medico: si manifesta essenzialmente con disturbi visivi: la visione diventa nebulosa, come come se il paziente vedesse attraverso una nuvola di fumo bluastro. I vasi della congiuntiva sclerale diventano congesti e la cornea lievemente edematosa: le pupille alquanto dilatate reagiscono torpidamente alla luce. Guardando la luce il paziente osserva intorno a questo un cerchio con i colori dell'iride. Questo stadio può durare un'ora o un giorno e sparire dopo qualche ora di riposo: si possono avere vari attacchi ad intervalli e nonpertanto la visione rimanere normale: ciò si può spiegare pensando che nello stadio prodromico si abbia una ostruzione temporanea dei canali di drenaggio causata da qualche spasmo dei muscoli ciliari che produce a sua volta una costrizione spasmodica nella regione del canale di Schlemm.

Quando lo spasmo cede, la circolazione riprende e la funzione visiva ritorna normale. Ma se non si intraprende la cura durante questo studio prodromico si passa frequentemente e improvvisamente (spesso di notte) al

2) *Secondo stadio*. Durante questo stadio tutti i sintomi del primo diventano più intensi e la capacità visiva è notevolmente ridotta. La cornea è fortemente edematosa, la pupilla è dilatata e parzialmente o totalmente rigida. L'occhio è congesto, molto doloroso e la tensione notevolissima. Si ha forte cefalea, nausea e spesso vomito. È necessario che il pratico riconosca subito questa forma perchè curandola può evitare la atrofia del nervo ottico, stabilitasi la quale ogni cura medica o chirurgica tendente a ristabilire la visione diviene inutile.

Dopo questo stadio l'occhio rimane allo stato glaucomatoso, la visione è perduta, gli attacchi acuti terminano. Questo è il risultato più favorevole perchè spesso l'occhio rimane in uno stato di congestione, gli attacchi dolorosi si ripetono accompagnati da disturbi generali che terminano solo con l'enucleazione dell'occhio.

Trattamento. Deve seguire subito alla diagnosi precoce: la cura può essere medica e chirurgica, ma anche nei casi nettamente chirurgici è necessaria una cura medica preparatoria che ricostituisca la camera anteriore e riduca la pupilla allo stato di miosi. Praticamente il procedimento terapeutico può essere il seguente: non appena diagnosticata la malattia nei primi stadi si applicano una o due sanguisughe alla tempia corrispondente allo occhio affetto: si lava inoltre l'occhio con una soluzione alcalina non irritante e s'inizia la cura con eserina a debole concentrazione (1/4 %) (una goccia ogni due ore). Man mano che il caso migliora si diminuisce la frequenza delle istillazioni di eserina. Se l'attacco è molto doloroso è consigliabile una iniezione di morfina. Se il caso non migliora entro ventiquattro ore è indicato l'intervento operativo: anche i casi però che migliorano con la cura medica dovrebbero essere considerati dal punto di vista chirurgico.

L'iridectomia è tuttora l'operazione per eccellenza preceduta talvolta da una sclerotomia preliminare posteriore.

Importanti sono i mezzi preventivi del glaucoma acuto: l'A. crede che l'elemento causale del glaucoma sia la costante irritazione risultante dall'iperattività dei muscoli ciliari e dall'ipertrofia dei processi ciliari: l'uso di lenti corrette eviterà che molti occhi ipermetropi diventino glaucomatosi.

G. LA CAVA.

La terapia non operativa del glaucoma.

(R. SALUS. *Med. Klin.*, 4 dic. 1931).

L'importanza che ha assunto da alcuni anni a questa parte lo studio del fattore costituzionale e il ruolo sempre più importante che si va assegnando alle particolari caratteristiche organiche e all'equilibrio del sistema nervoso vegetativo nella patogenesi delle più svariate malattie organiche ha fatto sì che i concetti terapeutici causali subissero forzatamente un notevole ampliamento: si è venuti infatti a considerare dal punto di vista generale, e a curare quindi col medesimo concetto anche quelle malattie che più sembravano limitate ai singoli organi.

Il glaucoma, scrive l'A., deve considerarsi appunto sotto questo punto di vista: la pressione endooculare è infatti dipendente dalle funzioni vegetative generali ed una alterazione di essa rispecchia un'alterazione dell'equilibrio organico in qualche suo costituente. Onde nella cura del tracoma, come nella cura delle alterazioni del sistema vegetativo, l'A. crede si debbano seguire le seguenti vie:

1° azione locale;

2° azione sul sistema nervoso vegetativo e centrale;

3° azione sulle ghiandole a secrezione interna;

4° azione sulla concentrazione jonica.

Per ottenere dei risultati soddisfacenti con la cura medica, non basta, come si faceva troppo spesso finora, ordinare la pilocarpina e mandare il paziente a casa: occorre invece fare una diagnosi precoce, stabilire il grado della malattia e seguire il paziente passo passo

con tutti i mezzi di indagine che oggi si conoscono.

Importanti sotto questo punto di vista sono l'esame dell'acuzie visiva, l'esame del campo visivo e la tonometria, di cui si hanno notevoli alterazioni anche nei primi stadi della malattia.

Nella terapia hanno il primo posto i mezzi locali, e fra questi i miotici: la pilocarpina e l'eserina. La pilocarpina è specialmente apprezzata per la sua relativa innocuità, in quanto di solito non dà luogo a reazioni generali degne di nota. Per il lungo uso di essa può prodursi un catarro follicolare: per evitarlo basterà disciogliere la pilocarpina in ossicianato di Hg. (1:5000). Altri disturbi non gravi causati talora dalla pilocarpina sono il dolore ciliare e l'oscuramento della vista: ma sono disturbi lievi e passeggeri.

Quello che si è detto per la pilocarpina si può dire in gran parte per l'eserina, la quale agisce talvolta più energicamente, specie negli attacchi acuti di glaucoma.

Il meccanismo di azione dei miotici è di natura complessa: talvolta è l'azione facilitatrice sulla circolazione linfatica, talvolta anche l'azione sul sistema nervoso vegetativo, che produce il benefico effetto che può rendere superfluo l'intervento operativo.

Nel 1923 Hamburger propose l'uso della adrenalina nella cura del glaucoma: ma le speranze fondate su questo nuovo mezzo terapeutico non trovarono grande conferma nella pratica. più tardi lo stesso Hamburger propose l'uso di soprarenina sintetica destrogira, preparato che fu lanciato in commercio sotto il nome di Glaukosan; questo si dimostrò potentissimo miotico: bastano infatti due o tre gocce del preparato per dare una miosi accentuata accompagnata da dolore e momentaneo aumento della pressione endooculare che cede poi il posto ad un abbassamento di pressione. Il Glaukosan agisce sul simpatico dando una costrizione dei vasi uveali a cui segue una iperemia da paralisi dei vasi stessi.

Fra i mezzi locali è da citare il massaggio, che, eccettuati gli attacchi acuti, può rendere utili servigi purchè sia continuato a lungo.

I tentativi di cure radio e radiumterapiche non hanno raggiunto sinora alcun risultato pratico: lo stesso si può dire del tentativo fatto da Thiel di irradiazione del ganglio cervicale supremo.

Passando ora alla cura del glaucoma dal punto di vista generale organico bisogna premettere che la terapia generale di una malattia locale ha delle restrizioni e di queste la più importante è che non si danneggino gli altri organi per curare quello malato.

Come si è detto, essendo possibile l'influenza del sistema nervoso centrale sulla pressione endooculare, la morfina merita un posto non trascurabile nella terapia del glaucoma, ottenendosi spesso con essa risultati brillanti.

Fra gli altri mezzi medicamentosi il *ginergen* ha dimostrato di possedere una netta azione di depressione endooculare, più notevole nell'occhio glaucomatoso che nell'occhio sano: l'iniezione sottocutanea di 0,5 cmc. tre volte al dì ha dato buoni risultati a Stoewer. L'azione deriva probabilmente dalla paralisi dell'apparato simpatico terminale con contemporanea irritazione del parasimpatico: va usato con prudenza perchè può produrre necrosi delle estremità.

Anche un preparato di colina, il *Pacyl*, è stato usato per la sua azione vasodilatatrice e ipotensiva: le dosi devono però essere piuttosto alte.

Ma la terapia del glaucoma deve anche comprendere l'influenza sugli ormoni e la modificazione dello stato elettrolitico.

Riguardo ai rapporti fra increti e pressione endooculare numerosi sono gli studi finora compiuti: Hertels spesso trovò aumento della pressione endooculare in malati con ipofunzione ghiandolare e numerosi AA. hanno ottenuto buoni risultati e duraturi nella ipertensione endooculare somministrando ai pazienti estratti di tiroide ed ovaio: ma le cognizioni sinora acquisite sull'argomento non sono ancora talmente sviluppate da poter introdurre senz'altro nella pratica la terapia ormonica del glaucoma.

In quanto poi all'influenza della concentrazione salina sulla pressione intraoculare, le ricerche compiute finora hanno raggiunto risultati pratici notevoli. Già nel 1914 Hertel aveva dimostrato che l'iniezione endovenosa di una soluz. al 10 % di cloruro di sodio, produceva un abbassamento della tensione bulbare di circa 10 cm.: in seguito numerosi AA. ottennero con l'introduzione nelle vene di soluzioni saline concentrate (fino al 30 %) l'interruzione di attacchi acuti di glaucoma, interruzione dovuta a rapidi e notevoli abbassamenti della pressione endooculare.

Da quanto precede risulta evidente come in questi ultimi anni la terapia del glaucoma abbia fatto numerosi ed importanti progressi: nuovi indirizzi curativi sono stati messi in luce, nuovi mezzi terapeutici e diagnostici sono stati presi in considerazione. Ma per quanto questi nuovi indirizzi terapeutici possano essere importanti ed utili, pure essi possono dare origine ad un errore: e questo è quello di rendere troppo ottimista il medico.

Bisogna invece che questi sia sempre più convinto che, come molto spesso accade, i mezzi terapeutici più vecchi, e in questo caso i miotici, sono i più efficaci nella cura del glaucoma; gli altri mezzi possono essere più o meno di aiuto: ma là dove i miotici hanno fallito non resta che una sola via: l'intervento operatorio.

G. La Cava.

ARTICOLAZIONI.

Sulla lussazione abituale della spalla.

(OETIKER. *Bruns Beit. z. Klin. Chir.*, 149, H. 4).

Nella clinica chirurgica di Berna diretta da De Quervain hanno avuto occasione di operare 11 casi con tale affezione. In tutti fu dimostrabile un'alterazione patologica consistente, in 2 in una rottura della capsula, negli altri in un allargamento sacciforme di vario grado. In 2 fu trovato il distacco del margine glenoideo anteriore, 2 volte una deformità della testa di cui una di natura artritica, l'altra riguardata come omero valgo, in uno esisteva un'anomalia della testa dell'omero.

Di questi 11 casi operati da oltre 4 anni 9 sono guariti bene senza recidiva.

Di essi 8 furono operati coll'accorciamento della capsula e qualcuno coll'accorciamento del tendine sottoscapolare e con l'aggiunta del lembo muscolare secondo Clairmont. Un caso in cui fu fatto il raccorciamento della capsula e del sottoscapolare ha presentato una netta recidiva 7 mesi dopo l'operazione per uno sforzo fatto nel sollevare un uomo ed un altro ha avuto 2 anni e mezzo dopo l'operazione una rilussazione in seguito ad un grave trauma.

Tutti i casi presentavano lussazione anteriore e furono operati col taglio longitudinale anteriore nel solco deltoideo pettorale e guarirono per primam.

L'etiologia della lussazione abituale della spalla non è sempre uguale e i casi possono dividersi in 2 gruppi: le lussazioni per deformità della testa, per omero varo, e quelle puramente traumatiche.

L'omero varo sia esso congenito, come ammettono Bazy e Grégoire, sia un'alterazione rachitica tardiva simile alla coxa vara, come crede Alibert, consiste in uno scivolamento della testa in basso e in avanti per cui il collo anatomico è allargato e l'asse della testa con quello della diafisi formano un angolo acuto che si avvicina sempre più al retto quanto più è lungo il collo. Ne deriva un aumento del volume della testa con un rimpicciolimento assoluto o relativo della capsula articolare.

A poco a poco la testa dell'omero dilata la capsula specialmente nei movimenti di rotazione in fuori e abduzione e poi finalmente si forma una tasca che accoglie la testa. Inoltre il paziente, poichè la testa è orientata in avanti ed ha raggiunto il massimo di rotazione all'esterno quando la troclea si trova ancora al mezzo, forza la sua rotazione esterna e così la testa sdrucciola sul margine anteriore della glenoide. In tal modo avviene la prima lussazione senza trauma.

Nel gran numero dei casi di lussazione abituale della spalla la prima lussazione è di origine traumatica e noi troviamo nella specie di trauma o nelle sue conseguenze l'etiologia della lussazione abituale. Per quanto l'articolazione della spalla più che ogni altra sia mantenuta dal tono dei muscoli pure nei cadaveri non si può produrre la lussazione quando la capsula è integra così che possiamo dividere le lussazioni traumatiche primitive in quelle con e senza lesione della capsula. Per ciò Baukart distingue due traumi etiologici: uno in cui l'arto è abdotto e la testa viene spinta contro il punto debole della capsula dal tricipite e sottoscapolare, caso che guarisce senza recidive, l'altro in cui la testa è direttamente spinta e la capsula si stacca col periostio dal margine anteriore della cavità cotiloide e dal collo della scapola; questi casi recidivano in seguito.

Alla rottura della capsula si accompagna nella guarigione un allargamento di qualche millimetro della glenoide. Inoltre si hanno lesioni dei muscoli rotatori interni e di altri muscoli come il sottoscapolare e del sopra ed infraspinato che contribuiscono nella recidiva. In alcuni casi si trova solo la lesione della capsula che basta di per sè a spiegare la recidiva.

Si può fare la diagnosi della causa della rilussazione nel caso dell'omero valgo, con la radiografia, mettendo l'omero in rotazione interna, e si vede che rimane per 20° in rotazione esterna.

La rottura della capsula si può diagnosticare quando si accompagna un distacco osseo.

I metodi operatori sono numerosi e si possono dividere in diretti, indiretti e misti. Diretti sono quei metodi che cercano di modificare le anomalie anatomiche, indiretti quelli che tendono alla riparazione per mezzo di plastiche di fascie, muscolo, od osso.

L'operazione diretta per omero varo è stata usata da Alibert ed è tolta dalla indicazione di Jacob nel caso di lussazioni irreponibili; consiste nella resezione della testa al di sotto del collo anatomico e nell'adattamento del moncone osseo a guisa di testa omerale.

Perthes procede con un taglio sul margine anteriore del deltoide a cui aggiunge un taglio trasversale a livello della clavicola, (L rovesciato), ispeziona l'articolazione e col dito sente se vi è lesione dei muscoli o del tubercolo maggiore, oppure si rivolge in avanti e fa una resezione temporanea della coracoide in modo da mettere allo scoperto la capsula e vedere se vi è una tasca nel qual caso la sopprime con una sutura e poi ricompone la sezione ossea e quella muscolare.

Quando vi è lesione del margine cotiloide si può praticare una plastica ossea come ha fatto Pilz.

Quando non vi sono lesioni concomitanti il raccorciamento diretto della capsula è il metodo di operazione migliore.

Esso può compiersi con affardellamento, escissione, raddoppio cui si può aggiungere un accorciamento del tendine del sottoscapolare od anche una plastica di fascia (Klapp).

Alcuni hanno rivolto l'attenzione sui muscoli indebolendone l'azione. Così Hofmann ammettendo una azione del latissimo del dorso nel ruotare il braccio interrompe questo muscolo sul tendine nella lussazione anteriore ed il grande pettorale nella lussazione posteriore. Schoemaker dà invece importanza al sottoscapolare e fissa la scapola. Inoltre taglia il muscolo e fissa la testa del tubercolo maggiore al margine anteriore del cotile.

Però eseguendo queste interruzioni muscolari vi è da pensare che col tempo l'antagonista prevale e si riforma la lussazione nel senso inverso.

Rupp attribuendo un valore patogenetico al tendine del bicipite sutura il suo tendine lungo alla testa dell'omero previe altre operazioni dirette sulla capsula. Ma tutti questi metodi non hanno dato risultati duraturi.

Clairmont ed Ehrlich preparano un lembo muscolare dal margine posteriore del deltoide che fanno passare attorno la cavità ascellare e lo risuturano in avanti. Ma verosimilmente il lembo col tempo si fibrifica.

Lo stesso dicasi del metodo di Finsterer, che forma un lembo a spese del coraco-brachiale e del capo corto del bicipite. Heymanowitsch fa passare in un primo metodo il capo lungo del bicipite in un canale scavato nell'omero e in un secondo metodo attraverso la testa dell'omero.

Heymann sutura il corto bicipite al margine anteriore dell'articolazione in modo da bloccare la lussazione della testa. Egli ha 3 risultati definitivi.

Seidel usa un lembo di fascia e similmente Kirschner.

Henderson Sandes e Girgoloff utilizzano il tendine del lungo peroneo col quale fissano la testa dell'omero all'acromion o alla clavicola e alla coracoide facendo così una sospensione tendinea della testa dell'omero.

Steinmann, Eden, Guerini e Maclaire utilizzano un pezzo di tibia che mettono nella parte anteriore del collo della scapola sulla capsula. Noesske utilizza l'apofisi coracoide.

Lehmann mette dei punti di seta tra omero e margine ascellare della scapola col braccio in abduzione di 75°.

Dai risultati complessivi di tutti i metodi l'A. deduce che i metodi indiretti non sono da usarsi poichè non danno risultati duraturi, comportano il pericolo di infezioni e di artriti deformanti.

Incerti sono ancora i risultati con le plastiche ossee.

Di 376 operazioni pubblicate 65 sono state fatte in epilettici, di cui 18 recidivarono; nei rimanenti 311 soggetti non epilettici si ebbero 40 recidive.

Così che i soggetti epilettici presentano il pericolo maggiore per la recidiva.

Concludendo, per avere i migliori risultati occorre un metodo riparatore, che operi sulla causa. Il discredito gettato sul raccorciamento della capsula non è giustificato poichè di 103 casi di guarigione definitiva 51 sono stati operati con la semplice azione sulla capsula.

R. BRANCATI.

Importanza diagnostica e terapeutica della puntura dei versamenti intraarticolari.

(KLING. *Münch. med. Wochsch.*, gen., 1932).

In molti casi, secondo l'A., specie in sinoviti traumatiche o infiammatorie acute, la puntura articolare e lo svuotamento dell'articolazione, praticata in perfetta asepsi e con aghi grossi, costituisce la parte più importante della terapia di un versamento articolare. Vengono così eliminati i danni che possono derivare dalla presenza e dal permanere dell'essudato nell'articolazione, specie per l'organizzarsi di membrane di fibrina e per l'irritazione cronica della sinoviale e della capsula articolare.

A scopo diagnostico la puntura può dare indicazioni preziose. La ricerca quantitativa della bilirubina nel versamento intraarticolare dà valori superiori a quelli del siero di sangue per i versamenti traumatici, inferiori per quelli infiammatorii. La presenza di una certa quantità di grasso o di cellule midollari indicano rispettivamente rottura dei legamenti articolari o concomitanza di fratture ossee intraarticolari.

Culture positive o inoculazioni in animali possono differenziare artriti specifiche da artriti non specifiche, mettendo in evidenza sia il germe della tubercolosi come altri agenti infettivi.

L'esame istologico del liquido intraarticolare può talvolta dar schiarimenti sullo stadio e sul tipo del processo infiammatorio: i leucociti polinucleati sono numerosi nelle infiammazioni recenti e nelle recidive acute; nelle artriti croniche il contenuto cellulare è basso e prevalgono gli elementi monocitari. Un aumento delle cellule sinoviali, al di sopra del 15 % degli elementi totali, è, secondo l'A., patognomonico per un accrescimento ipertrofico della membrana sinoviale. Ciò può essere molto importante nella decisione eventuale di un intervento operativo.

P. STEFFANUTTI.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

E. Markovits. *Röntgendiagnostik der Erkrankungen innerer Organe, in tabellen und* Skizzen. IIa ediz. Thieme, 1931. M. 15.

La IIa edizione di questo libro del M. è notevolmente accresciuta per materiale nuovo e nuove figure.

La Ia edizione risale al 1927 ed ha avuto buona stampa: raccogliere in tabelle e schizzi tutta la radiologia (polmoni, cuore, mediastino. apparato digerente, apparato urogenitale, cranio e colonna vertebrale) non è impresa facile; l'A. per ogni singola malattia ha compilato delle tabelle sintetiche coi caratteri radiologici più importanti che è dato rilevare.

Il libro riesce pertanto utile come manuale pratico per il radiologo che voglia nel suo lavoro quotidiano controllare a colpo d'occhio, sulle tabelle o sugli schizzi, i segni raccolti senza cercare in libri o in trattati pur voluminosi.

M. E.

M. Cohn. *Atlas der Röntgensterioskopie.* Ia Serie. Edit. G. Thieme, Lipsia 1931.

Il materiale illustrativo del manuale di Röntgestereoscopia del Cohn (di cui abbiamo già fatto cenno) è distribuito in più atlanti. In questa prima serie troviamo 20 film stereoscopiche dianegative che riguardano varie affezioni e che permettono di considerare la grande utilità della radiostereoscopia.

Al materiale illustrativo è aggiunto un apparecchio per la visione stereoscopica che chiuso ha le dimensioni e il volume di poco maggiori di una lastra fotografica 9 × 12.

P. Valdoni.

Haret, Dariaux, Quénu, etc. *Attas de radiographie osseuse.* II vol. *Lésions traumatiques et non traumatiques.* Masson, Parigi, 1931. Fr. 280.

Dopo il volume pubblicato or circa più di un anno ed oggi in ristampa a proposito dello scheletro normale, esce ora per i tipi di Masson l'atlante riguardante lo scheletro patologico.

La stessa cura nell'edizione, la stessa chiarezza nella riproduzione dei radiogrammi, gli schemi e le brevi note che accompagnano ciascun radiogramma fanno anche di questo atlante un volume prezioso per la consultazione.

Per i tipi di Masson oltre a due atlanti sulle ossa si preparano altri atlanti (sul cranio, sulla tubercolosi ossea, sul sistema urinario) di prossima pubblicazione, i quali formeranno così una collana completa con quelli già usciti (sul tubo digerente: 2 volumi; sull'apparato respiratorio 1 volume).

E. Milani.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Società Medico-Chirurgica di Padova.

Seduta del 29 gennaio 1932.

Presidente: Prof. G. Cagnetto.

Presentazione di un'operata di tumore dell'angolo pontocerebellare. (Neurinoma dell'acustico).

Prof. G. M. Fasiani, prof. G. Belloni e dott. K. Arslan. — Viene brevemente illustrato il quadro sintomatico che si presentava in forma tipica, sia dal punto di vista neurologico che otoiatrico: rilevando soltanto che in assenza dei segni di paralisi del n. facciale, esisteva una ipomimia della metà del viso dal lato della lesione ed una asimmetria nel movimento di ammiccamento delle palpebre.

Si accenna alla tecnica operativa che seguì il procedimento di Cushing con qualche variazione, notando che il tumore del volume di un grosso ovo di piccione, potè essere asportato facilmente per via intracapsulare.

Si fa constatare la perfetta ricostruzione della regione, e la solidità dei piani di copertura, la scomparsa della cefalea, la netta regressione della stasi papillare, il deciso miglioramento delle condizioni della statica e della deambulazione.

Discussione: Brunetti, Arslan.

Intervento operativo per voluminosa cisti del lobo temporale sinistro.

Prof. G. M. Fasiani e dott. G. Tanfani. — Viene presentata in perfette condizioni generali una inferma operata un mese e mezzo prima in stato di semi-incoscienza. La sintomatologia faceva pensare ad una localizzazione frontale; la ventricolografia dimostrava la completa obliterazione del ventricolo di sinistra. Un ampio lembo frontoparieto-temporale, mostrò modificazioni di aspetto della prima circonvoluzione temporale, e in questa sede si è trovata profondamente una grande cavità dalla quale venne estratto un liquido citrino che lentamente coagulò.

Si fa notare il rapido miglioramento che conseguì al vuotamento della cisti e alla röntgenterapia successiva. Si rileva come lo stato di incoscienza preoperativa non abbia permesso di notare la emianopsia oggi ancora presente, e come la condizione di mancinismo possa spiegare la mancanza della afasia sensoriale.

Rara sintomatologia del diverticolo di Meckel.

Dott. F. Stefani. — L'O. riferisce il caso di una donna che fin dai primi rapporti coniugali provò una forte avversione al coito, il quale, con grave disappunto del marito, le riusciva assai doloroso.

Per tali disturbi fu a lungo e con vari mezzi curata, ed anche sottoposta a vari atti operativi intravaginali, senza però ritrarre da ciò alcun risultato.

Insorti più tardi dei disturbi appendicitici, la donna si fece operare dall'O., il quale rinvenne entro l'addome della P. un lungo cordone fibroso, resistente e sottile come uno spago; che affondendosi nella pelvi terminava con una cisti aderente alla faccia posteriore del legamento largo

di destra, presso il margine uterino; dall'altra parte, detto cordone si continuava invece con un lungo e grosso diverticolo di Meckel.

Anche tale formazione fu asportata integralmente, e la P. guarì in modo normale.

A guarigione ultimata i disturbi genitali cessarono del tutto e, trattandosi di un caso che risale a circa un anno fa, e fu seguito fino ad ora, permanentemente scomparsi.

Da ciò l'O. ricava interessanti considerazioni generali.

Discussione: CAGNETTO, TORRACA e STEFANI.

Su di un caso di pneumo-peritoneo occulto.

Prof. A. ZANIBONI. — L'O., dopo aver riferito un caso di perforazione silenziosa di ulcera gastrica determinante un pneumo-peritoneo persistito circa un mese, ed il trattamento istituito, ascrive questo quadro clinico alle forme di perforazione frusta di ulcera gastro-duodenale, studiate dal Singer e Vaugan.

Analizza i fattori anatomo-patologici che possono favorire questa varietà di perforazione in luogo di quella che suole determinare l'insorgenza del classico quadro di peritonite acuta generalizzata; passa in rassegna le interpretazioni che i vari AA. hanno dato alla dissociazione fra quadro anatomo-patologico e quadro clinico nei casi di perforazione frusta e mette in rilievo il valore dell'esame radiografico diretto alla ricerca di gaz libero nella cavità peritoneale per la diagnosi precoce di queste forme.

Discussione: STEFANI, ZANIBONI.

p. *il Segretario*: A. CESTARI.

Associazione Medica Triestina.

Circolo di Cultura del Sindacato Fascista Medici.

Riunione scientifica del 13 novembre 1931.

Presidente: dott. A. COFLERI.

Dott. ROBERTO MORO. — *Osservazioni nella genesi della tisi nell'adulto.*

Compressione del midollo spinale.

Dott. ATTILIO COFLERI. — Presenta un giovane affetto da paraplegia ed anestesia totale inferiore per compressioni del midollo spinale.

La sintomatologia si è iniziata con fenomeni di Brown-Séquard e gradatamente le si instaurò una paralisi completa di senso e di moto; sfinteri normali, riflessi tendinei esagerati, addominali assenti, Babinski bilaterale; mancanza di dolori.

Liquor da puntura lombare non xantocromico, con forte aumento di albumina ed assenza di cellule; da puntura suboccipitale scarsa quantità di albumina. In base ai fenomeni clinici si potè stabilire la presenza di un tumore extra-midollare, colla mielografia venne stabilito un blocco totale del midollo localizzato all'altezza della VI vertebra. Il malato venne operato e si trovò un neurinoma.

Dott. A. D'ESTE. — Riferisce dell'operazione eseguita in narcosi d'etere previa iniezione di 0,01 di morfina in posizione decubito destro laterale. La pelle venne incisa nella linea mediana, i muscoli staccati dai processi spinosi della V, VI e VII vertebra dorsale e previa demolizione degli stessi praticata la laminectomia degli archi vertebrali V, VI e parte superiore del VII. Avendo precedentemente col lipiodol stabilito con precisione la sede dell'impedimento si è potuto con una breccia relativamente piccola aggredire il tumore che era extradurale e comprimeva fortemente il midollo. Lo stesso era a sinistra di forma ovale di consistenza compatta e delle dimensioni di 1 1/2 di lunghezza per 1 cm. di grossezza; potè essere enucleata senza emorragia speciale. La chiusura della ferita fu fatta a punti singoli *catgut* della musculatura e seta della pelle. Guarigione per prima. Miglioramenti di sensibilità si constatarono già il 1° giorno dopo l'operazione, più tardi ripresa della funzione motoria, però ora ad un mese di distanza l'ammalato cammina da solo un po' atassico senza aiuto di bastoni.

Dott. FERRARI. — Sotto il microscopio trovasi il preparato istologico di questo tumore. Il nome di « neurinoma » è stato introdotto circa 20 anni fa dal Verocay per far rimarcare l'appartenenza etiogenetica al sistema nervoso di certi tumori che passavano prima per fibromi-prototipo di questi il neurofibroma di Recklinghausen.

Questi neurinomi, che del resto si possono anche combinare con fibromi — fibroneurinomi —, partono dalle guaine nervose di Schwann e sono quindi di origine ecto e non mesodermica. Oltre a tumori epimidollari come il presente appartengono a questo tipo anche i cosidetti tumori pontino cerebellari, nonchè molti cosidetti fibromi specialmente delle pareti intestinali, in cui è stato dimostrato il loro nesso intimo con i plessi nervosi.

Si tratta quindi di un gruppo di tumori del sistema nervoso, ben distinto anche istologicamente dai fibromi.

Prof. MANN. — *Un caso di echinococco del polmone.*

Prof. CORTAN. — Presentazione di casi di *Röntgenterapia.* Intervennero nella discussione il dott. Brunetti.

Prof. C. RAVASINI. — *Pielografia discendente colla pielofanina.*

Prof. E. FREUND. — Presenta i preparati microscopici di un caso di *siringocistadenoma papilliferum* e di *ulcera da raggi* in un caso di *ulcus rodens.*

Riunione scientifica del 27 novembre 1931.

Presidente: dott. ATTILIO COFLERI.

Sul trattamento pepsinico nell'ulcera gastro-duodenale.

Dott. VITTORIO ROMANIN. — L'O., dopo aver accennato alle più recenti applicazioni pratiche della pepsinoterapia per via parenterale e alle diverse ipotesi emesse per spiegare il meccanismo d'azione nelle varie forme morbose, passa ad esporre i risultati delle proprie esperienze su 18 casi di ulcera gastro-duodenale sottoposti a tale trattamento nel terzo Reparto Medico dell'Ospedale « Regina Elena » (primario prof. Guido Mann). L'O., pur tenendo conto del polimorfismo sintomatico proprio di ogni ulcera gastrica e duodenale, ammette che la pepsina esplichi una azione seda-

tiva sul sistema nervoso autonomo, e precisamente su quella sezione di esso che presiede al tono e regola il funzionamento secretorio e cinetico dello stomaco, e nello stesso tempo — venendo essa a sostituire la comune terapia igienico-dietetica — sul fattore psichico e sullo stato di nutrizione del soggetto, mentre invece, valendosi delle proprie esperienze collaterali sulla funzionalità gastrica (secrezione cloridrica, secrezione peptica, motilità), sul sangue (colesterinemia, eosinofilia) e sugli animali (controlli in cavie), l'O. esclude un'azione diretta sul processo ulceroso in atto e sul terreno stesso su cui l'ulcera s'impianta.

Intervennero nella dicussione i dottori: MARZIANI, MARCOVICH, SPITZER, WINTERNITZ, GUASTALLA.

Riunione scientifica del 4 dicembre 1931.

Presidente: Dott. A. COFLERI,

Salpingoisteroanastomosi seguita da gravidanza.

Dott. MARIO GEYER. — L'O. descrive un caso di gravidanza in una donna alla quale venne praticata, per occlusione tubarica bilaterale da salpingite istmica nodosa, la resezione del tratto occluso e successiva anastomosi del moncone tubarico rimanente, con l'utero.

Da questo caso, undecimo nella letteratura internazionale e primo in Italia, l'O. prende occasione per riassumere la storia del metodo operativo e le varianti di tecnica, per discutere e vagliare le sue indicazioni e controindicazioni, mettendo in evidenza la scarsità dei pericoli derivanti dalla sua applicazione.

Intervenne nella discussione il dott. TAGLIAFERRO.

L'emocultura del bacillo della tubercolosi secondo il metodo di Löwenstein.

Dott. CARLO ALBERTO LANG. — L'O. espone sinteticamente la storia dell'emocultura del bacillo della tubercolosi e s'intrattiene più diffusamente sul metodo di Löwenstein e sui dati dello stesso ancora da chiarire e suscettibili di perfezionamento e riferisce le ricerche personali in proposito.

Intervennero nella discussione il prof. FREUND, il dott. MACCHIORO e il dott. BATTIGELLI.

Riunione scientifica dell'11 dicembre 1931.

Presidente: Dott. A. COFLERI.

Dott. G. MANZUTTO. — Presenta due casi di *grave lesione del nervo ottico*: il primo mediante un grande pezzo di legno penetrato nell'orbita, che venne estratto operativamente; il secondo mediante lesione diretta del nervo ottico con una forca di ferro. Ambedue le lesioni causarono la perdita della vista.

Prof. A. MARZIANI. — *Considerazioni sulle classificazioni dell'orticaria pigmentosa, e su alcuni casi di erisipeloide.*

Considerazioni sulle classificazioni dell'orticaria pigmentosa, e su alcuni casi di erisipeloide.

Dott. S. STICOTTI. — L.O. desidera presentare le radiografie di un caso, che gli sembra interessante. Si trattava di un paziente affetto da una forma d'infiltrazione specifica polmonare prevalente a sinistra; fu fatto un pneumotorace artificiale da questo lato che riuscì basilare saccato e inefficace. D'altra parte si notava un progredire del male a destra. Cosa bisognava fare? L'O. ha sospeso il pneumotorace a sinistra ed ha iniziato controlateralmente un pneumotorace selettivo ipotensivo. A sinistra, siccome si trattava di una cavità in alto mentre il resto del polmone era relativamente indenne, ha pensato di fare una apicolisi con piombaggio di paraffina.

L'apicolisi con piombaggio è stata ideata da Tuffer. Si tratta d'incidere posteriormente, d'arrivare alla 3ª costa di scollarla dal periostio come si fa per la plastica. Si reseca un tratto di costa lungo circa 10 cm. Poi staccando la pleura parietale dal costato si va in alto, si sorpassa l'apice si arriva anteriormente alla 6ª costa. Siccome nel nostro caso la lesione era abbastanza estesa abbiamo scollato anche posteriormente in basso fino alla 6ª costa. Si ottenne così una grossa cavità che si riempie di una paraffina speciale opaca ai raggi X che si trova in commercio pronta per la chirurgia del torace, e che contiene bioformio e carbonato bismuto.

Si ottenne così una specie di pneumotorace extrapleurico.

Mostra le radiografie del paziente prima e dopo l'intervento. Prima dell'intervento si vede un cercine cavitario, dopo l'intervento esso non si vede più ma si vede la massa di paraffina che comprime il polmone.

Qui si può parlare naturalmente solo di un risultato immediato, perchè siamo ad un mese dall'intervento. Esso è ottimo; si vedranno i risultati a distanza.

Gli è sembrato interessante mostrare questo caso per la bilateralità della collassoterapia e per l'intervento chirurgico speciale da un lato.

Intervennero nella discussione il dott. GOLDSTEIN e il dott. SPIZZI.

Dott. CESARE ZACH. — *Nuovi problemi di bioclimatologia.*

Il Segretario: Dott. L. WINTERNITZ.

Società di Coltura Medica Novarese.

Seduta del 3 dicembre 1931.

Presidente: prof. P. PIETRA.

La colecistectomia ideale.

Dott. P. A. BORELLA. — L'O. descrive dettagliatamente la tecnica della colecistectomia sottosierosa, riporta la casistica di quest'anno delle colecistectomie eseguite nel reparto diretto dal prof. Ferrero con 17 interventi condotti per via sottosierosa in 19 casi.

Ne rileva l'alta percentuale (85 %) considerando i vantaggi di questo metodo sull'usuale transperitoneale.

Intervengono nella discussione il dott. COSTANTINI ed il prof. FERRERO.

Esplorazione per via rettale della tbc. genitale maschile.

Dott. P. A. BORELLA. — L'O., premesse alcune considerazioni generali sulle moderne vedute dell'impianto e della propagazione del processo tubercolare nei vari segmenti dell'albero genitale, espone la tecnica dell'esplorazione rettale digitale, descrivendo i vari quadri nei differenti stadi della tbc. prostato-vescicolare che si presentano al dito esploratore.

Aplasia moniliforme del cuoio capelluto.

Prof. P. A. MEINERI. — L'O. presenta un caso di aplasia moniliforme del cuoio capelluto associato a cheratosi pilare. Si tratta di una ragazza affetta da tubercolosi polmonare che fin dall'infanzia ha visto cadere tutti i suoi capelli. Il cuoio capelluto è glabro, ruvido al tatto. I peli sono tronchi a livello del loro sbocco esterno ed intorno ad essi vi è una piccola massa cheratosica. Esaminati i capelli al microscopio appaiono contorti e con caratteristici rigonfiamenti e stretture dell'aplasia moniliforme.

Il trattamento calcio attinico nelle fratture a callo ritardato.

Prof. V. FERRERO e prof. M. PONZIO. — Gli OO., a seguito di dati sperimentali sull'azione dell'irradiazione di raggi ultravioletti sul tasso calcemico e sulla fissazione del calcio stesso nei tessuti irradiati, hanno praticato una serie di indagini su casi clinici di fratture a callo ritardato per carenza calcica. I risultati ottenuti e riferiti dimostrano la possibilità di un'attivazione del processo di consolidazione mediante trattamento attinoterapico del focolaio di frattura previo aumento contemporaneo del tasso calcemico mediante iniezione endovenosa di soluzioni calciche.

Intervengono nella discussione il prof. CAPUANI, il prof. CIPOLLINO, il prof. BACIALLI ed il prof. FERRERO.

Dott. A. OLIOLI. — *Fibroma in gravidanza.*

Dott. M. NOÈ. — *Sull'eclampsia in puerperio.*

Sulla presenza di agglutinine bacteriche normali nel siero di sangue in ricoverate di ostetricia e ginecologia.

Dott. T. MENEGHINI. — L'O. ha praticata la sieroagglutinazione in numerosi casi di ostetricia e ginecologia adoperando 8 diversi stipiti bacterici. Perviene alla conclusione che specie durante la gravidanza e nei vari processi infiammatori dell'apparato genitale, la presenza di agglutinazioni aspecifiche è notevolmente aumentata anche in diluizioni del siero 1:100 ed oltre.

Risultati pressochè negativi si sono avuti con il sangue del feto: attribuisce questo maggior potere agglutinante a modificazioni fisico-chimiche del siero di sangue.

Dott. G. LAVATELLI. — *L'utilità semeiologica del quadro renale osseo.*

Il Segretario: Dott. LUIGI FERRERO.

Società Medico-Chirurgica Veronese.

Seduta del 1° febbraio 1932 - X.

Presidente: prof. DELAINI.

Prof. SPANGARO. — *Appendicite cronica e sua influenza morbigena* (conferenza).

Sull'autovaccinoterapia delle sindromi asmatiche.

Prof. PIAZZA. — L'O. comunica i risultati da lui ottenuti con il trattamento di vaccini polimicrobici ricavati dall'espettorato dei pazienti; discute le ragioni dell'influenza benefica esplicata da tale terapia e conclude di ritenere che ad essa sia da attribuire non solo un'azione antiflogistica specifica sul processo bronchiale, ma presumibilmente anche una azione desensibilizzante specifica od aspecifica sopra una eventuale allergia bacterica determinata nei pazienti da germi esistenti nell'albero bronchiale.

Prof. ARTOM. — Tratta della aspecificità dei fenomeni allergici, espone le argomentazioni che, nel campo dermatologico, inducono a tale convincimento e conclude considerando il metodo autovaccino terapeutico come un mezzo aspecifico desensibilizzante.

Prof. ROSSI. — Richiamandosi al principio di Widal spiega come debba essere considerato aspecifico il metodo di desensibilizzazione anche se è attuato con un autovaccinoterapia.

Su di un caso di malattia di Darier (presentazione del malato e dimostrazione di preparati istologici).

DOTT. FIOCCO. — L'O. presenta un malato affetto da morbo di Darier, fa rilevare la completezza della forma, le lesioni al dorso delle mani e alla mucosa orale, ricorda le concezioni moderne sulla patogenesi di questa dermatosi, l'importanza che ora vien data ai fattori ereditari e costituzionali e mette in evidenza l'interesse del caso sotto questo punto di vista. Si tratta di un soggetto psichicamente anormale che mostra con la determinazione biometrica secondo Viola delle misure inferiori alla norma, in cui la dermatosi comparve contemporaneamente ad attacchi epilettoidi; è anche evidente l'ereditarietà della malattia essendo il nonno, il padre e due fratelli del paziente affetti dalla stessa dermatosi.

Prof. ARTOM. — In base alla precedente esperienza personale conferma pienamente le vedute esposte nella comunicazione.

Dott. QUARANTOTTO. — *Su di un caso di Herpes Gestationis.*

M. ARTOM.

Accademia Medica Pistoiese "F. Pacini".

Seduta del 29 gennaio 1931.

Presiede: Prof. CANTIERI.

Prof. C. CANTIERI. — *Sierosili essudative latenti e fugaci quali causa di febbri criptotubercolari.*

Note cliniche sul pneumotorace successivamente contemporaneamente bilaterale.

Prof. C. CANTIERI. — Dopo una lunga esposizione generale e di dettaglio, giunge alle seguenti conclusioni:

Si hanno resultati migliori nei casi di pnmtx successivamente contemporaneamente bilaterale, che non nei casi di pnmtx successivamente ma non contemporaneamente bilat.; se ne deduce che è da preferire il pnmtx successivamente contemporaneamente bilaterale anche se per questo si deve mantenere in conveniente collasso il polmone per primo ammalato mantenendovelo oltre i due anni regolamentari.

Pur riconoscendo l'utilità di un pnmtx elettivo, ritiene che il pnmtx contemporaneamente successivamente bilaterale possa essere iniziato e mantenuto ed anche con esito buono, nei casi in cui l'eventualità non consente di avere un pnmtx elettivo, perchè nelle condizioni generali e locali, convenientemente valutate, stieno le forze ausiliarie del successo. La cura è sempre riuscita, con tolleranza ottima, con rifornimenti alternati o bilaterali nella stessa seduta, usando il minimo di

pressione necessario per avere l'effetto utile, ma essendo ben tollerate anche pressioni positive. Ha notato una più rapida assorbibilità dell'aria dal lato trattato per secondo.

Complicazioni rare tra queste la pleurite, in proposito alla quale ha dovuto constatare che in qualche caso, mentre dal lato per primo trattato non si è mai avuta la pleurite, questa si presenta nella parte che subisce il secondo trattamento. Anche di fronte all'essudato, tolleranza ottima.

L'anestesia del focolaio di frattura nella riduzione delle fratture sotto lo schermo radiologico.

Dott. M. ROMAGNOLI. — L'O. dopo avere esposti i vari sistemi di anestesia generale, rachidea e tronculare si sofferma sul metodo dell'anestesia del focolaio di frattura eseguita mediante iniezione nel focolaio od in prossimità di esso di 5-10 cc. di una soluzione anestetica cocaina all'1 % o percaina all'1 per mille.

Dott. M. ROMAGNOLI. — *Esostosi osteogenetiche.*

Dott. N. GAVAZZI. — *Endocardite acuta pneumococcica post-pneumonica.*

Il Segretario.

Società Medico-Chirurgica Bergamasca.

Seduta del 18 dicembre 1931.

Presidenza: Prof. D'ALESSANDRO.

Dott. MUGGIA. — *Il gozzo nella provincia di Bergamo.*

Il valore del metabolismo basale e di alcune indagini ematologiche nel basedowismo.

Dott. PISTONI. — L'O. ha osservato in alcuni casi di affezione basedowiana il comportamento del M. B., della velocità di sedimentazione delle emazie e della sostanza granulo-filamentosa delle emazie. Studiando il valore clinico dei risultati ottenuti trae l'O. le seguenti conclusioni:

1) Vi è fra quadro clinico della malattia e metabolismo basale in larga misura un rapporto diretto.

2) La velocità di sedimentazione si presenta molto più accelerata quanto più è grave lo stato di tireotossicosi.

3) La percentuale dei granulofilociti è più elevata quanto più marcata è l'intensità dello stato ipertiroideo, confermando così la relazione tra ghiandola tiroidea e eritropoiesi.

Agli effetti della pratica l'O. ritiene che solo il M. B. può assurgere a vero valore clinico nel senso diagnostico e prognostico, mentre la ricerca dei granulofilociti non rimane altro che elemento di conforto di una diagnosi di stato di ipertiroidismo.

Prof. VITERBI. — *L'ignipuntura della retina alla Gonin in due casi di distacco della retina.*

Seduta del 25 gennaio 1932.

Presidenza: Prof. D'ALESSANDRO.

Dott. CAMPLANI. — *Un caso di sifilide ossea plurisegmentaria (iconografia radiografica).*

Peritonite da perforazione intestinale da elminti diagnosticata ai raggi X.

Dott. COLOMBO. — L'O. comunica un caso veramente eccezionale di peritonite perforativa da elminti in cui fu fatta diagnosi di sede e di natura mercè l'esame Roentgen, che permise di individuare l'ansa perforata e la presenza di un grosso elminto nel punto di rottura.

Prof. FECI. — *Recenti perfezionamenti nella pielografia endovenosa.* *Il Segretario*: CAMPLANI.

Società Medico-Chirurgica Calabrese.

(Sezione Cosentina).

Seduta del 30 gennaio 1932.

Presidente: Prof. FALCONE.

Fibroma ossificante del parovario.

Dott. ETTORE GALLO. — Presenta un caso di fibroma ossificante del parovario, corredato dal pezzo anatomico e dall'esame istologico.

Egli dimostra la rarità del caso, che dalle ricerche fatte nella letteratura gli risulta ventiquattresimo; tratta l'argomento sotto il punto di vista anatomo-patologico, sintetizzando tutti gli studi finora fatti sulle calcificazioni e sulle ossificazioni delle ovaia e degli annessi.

Dott. RICCARDO RODOTÀ. — Illustra un caso di *tumore misto della guancia* derivato da ghiandole salivari accessorie (ghiandole molari).

Prof. GIUSEPPE SANTORO. — Analizza i risultati di un triennio di pratica della *sinfisiotomia sottocutanea.*

Dott. GIUSEPPE CRISPINI. — Riferisce su di un caso di *voluminoso ascesso epatico, di natura amebica.*

Prof. MARIO MISASI. — Presenta un caso clinico di *leucanemia in un bambino di due anni e mezzo.*

L'O. propone, infine, che nella Provincia di Cosenza sia fatta un'inchiesta allo scopo di conoscere l'effettivo valore della *sieroterapia antidifterica*, e ciò in occasione delle discussioni tenute recentemente a Roma, provocate dal PONTANO.

Il Segretario.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

DALLA PRATICA CORRENTE.

Le indicazioni del salasso in clientela.

(A. CHABÉ. *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 20 dicembre 1931).

È il lavoro di un pratico, dedicato ai pratici. L'A. ha voluto riprendere le indicazioni del salasso secondo i dati dei lavori moderni e divide l'esposizione in diversi capitoli.

Il salasso nell'asistolia. È nel trattamento dell'asistolia sia destra che sinistra che il salasso manifesta la più reale efficacia, con un meccanismo per altro differente. Nell'asistolia destra il salasso esercita la sua azione benefica sul miocardio non direttamente, ma indirettamente influendo sui fenomeni periferici dell'asistolia. I vantaggi sono spesso notevoli, ma non sempre durevoli. Il salasso, in effetti, se non ha alcuna azione tangibile sulla pressione arteriosa, fa sempre abbassare la pressione venosa e la persistenza o no dell'abbassamento di questa pressione costituisce un elemento prognostico importante, nel senso che un rapido rimontare della pressione, dopo l'abbassamento provocato dal salasso, è di cattivo auspicio.

Comunque, il salasso attenua la tachicardia, rende più ampio il polso, migliora la pressione differenziale, attenua la dispnea.

Una delle particolarità del salasso nell'asistolia è che, contrariamente alla fisiologia normale, si verifica un aumento della quantità delle urine, per decongestione dei reni asfittici. Quando non si ottiene aumento dell'urinazione, ciò significa che il potenziale cardiaco è insignificante o che il salasso non è stato molto abbondante. Negli asistolici un salasso di 500 u. almeno deve essere la regola. Naturalmente il salasso dovrà essere seguito dal trattamento digitalico.

Quanto all'asistolia del cuore sinistro essa è un'asistolia con ipertensione arteriosa. Un salasso di 500 gr. al minimo è necessario; esso sgombra il ventricolo sinistro dilatato e pone riparo ai grandi accidenti dovuti alla sua *défaillance*, di cui i più drammatici sono le sensazioni di angoscia, di oppressione retrosternale, preludio sia della crisi di angina, sia dell'edema del polmone.

Il salasso nelle pneumopatie con tendenza allo squilibrio cardiaco e all'asfissia. È nella polmonite che il salasso è indicato. Bisogna dunque salassare i polmonitici, ma soltanto in certe condizioni, poichè la polmonite franca per sè non è influenzabile con il salasso; essa non lo è che in quanto malattia complicata da accidenti di congestione polmonare con tendenza all'asfissia. Bisogna dunque che il soggetto sia vigoroso, pletorico, con dispnea, cianosi ed espettorazione schiumosa e sanguinolenta.

Nelle malattie infettive con complicazioni di congestione polmonare il salasso è stato preconizzato, ma l'A. non ritiene il metodo raccomandabile, in quanto un tifoso o un influenzato hanno bisogno di tutte le loro forze per lottare contro l'infezione microbica.

Il salasso nell'edema acuto del polmone. È una nozione classica che l'indicazione più imperiosa del salasso è data dall'edema acuto del polmone. Avanti ad un caso di edema acuto non bisogna esitare a fare un salasso di 400-500 grammi. L'A. ha l'abitudine, dopo il salasso, di praticare una iniezione di ½-1 centigrammo di morfina, che calma l'eretismo e tonifica il miocardio.

Il salasso negli ipertesi. L'opinione che tenda a prevalere attualmente è che l'ipertensione può essere considerata come un processo di difesa e che, se si cerca di abbassare brutalmente questa tensione, si rischia di rompere un compenso che si è prodotto. Il salasso negli ipertesi non è dunque indicato. D'altronde, per ottenere un abbassamento deciso della pressione arteriosa, occorrerebbe un salasso di 1000-1200 grammi, e sarebbe necessario, per mantenere abbassata la pressione, ripeterlo.

Il salasso è utile nelle crisi ipertensive? La quistione è discutibile. In caso di accidenti immediati, di accidenti nervosi a forma convulsiva è verosimile che si entri nelle forme complicate da tossiemia e vedremo, trattando dell'uremia, che il salasso è spesso il solo trattamento di urgenza.

Negli ipertesi cardio-renali in asistolia, come si è visto, un salasso abbondante è necessario. Il salasso è però formalmente controindicato nei vecchi, poichè l'ipertensione è indispensabile nei soggetti affetti da ateroma cerebrale per assicurare un'irrigazione sufficiente per il cervello, e un salasso copioso può determinare accidenti spesso mortali.

Il salasso negli apoplettici. È classico, quando il medico è chiamato al letto di un infermo colpito da apoplessia, di salassare il soggetto o di applicare il sanguisugio mastoideo. La famiglia lo reclama, ma bisogna ammettere che il salasso è in questi casi per lo meno inutile in quanto è senza effetto sull'evoluzione dell'ictus.

Se si pensa che la maggior parte degli ictus sono dovuti non ad emorragia, ma a rammollimento per trombosi o per embolia ed alla difficoltà di distinguere clinicamente l'emorragia dal rammollimento, si vede come il più delle volte, salassando, si rischia di far del male al malato. Quanto poi ai casi di ictus da emorragia, se il salasso può essere

utile quando siano presenti sintomi di ictus imminente, quando l'ictus si è manifestato il salasso è inutile.

L'A. pensa che sia dunque preferibile astenersi dal salasso negli apoplettici.

Il salasso nei pletorici. I pletorici sono i candidati alle sclerosi viscerali e principalmente alla sclerosi epato-renale. L'A. consiglia per questi soggetti dei salassi annuali o biannuali, capaci di attenuare tutta una serie di piccoli malanni.

Il salasso nelle tossiemie. Esistono dei dubbi sull'azione antitossica del salasso, poichè quest'ultimo in particolare non fa abbassare il tasso dell'urea nel sangue. Esperimenti sugli animali hanno dimostrato che una sottrazione di sangue anche larga non diminuisce nè il tasso di urea nè i segni di intossicazione. Clinicamente però, quale che ne sia il meccanismo, il salasso è ancora uno dei mezzi più preziosi che noi abbiamo per lottare contro i disturbi dell'uremia nell'uomo.

Il salasso in ostetricia. È indicato in due casi particolari, nelle gravido-cardiache e nelle eclamptiche. Il salasso in ostetricia non è d'altronde che un capitolo, particolare del suo impiego nei cardiopatici e negli ipertesi intossicati.

Il salasso nelle asfissie accidentali. Nelle asfissie accidentali, e particolarmente nella intossicazione da ossido di carbonio, lavori recenti hanno rovesciato la nozione fino ad ora ammessa di un'azione nociva o per lo meno inutile della sottrazione sanguigna. Il dottor Cot, in uno studio accurato, preconizza il trattamento con il salasso, al quale devono essere aggiunte le medicazioni ordinarie e in particolare l'ossigenoterapia.

Il salasso nelle crisi di asma anafilattico. Recentemente sono state pubblicate delle osservazioni dimostranti l'effetto benefico delle emorragie sulle crisi di asma anafilattico. Un salasso anche minimo, di 300 grammi, può arrestare per settimane delle crisi d'asma di origine anafilattica. Sarà dunque utile praticare un tal metodo che, se non dà la guarigione recherà comunque benefici agli ammalati.

Il salasso nelle compressioni mediastiniche. Nei malati di tumore mediastinico con fenomeni di compressione della cava superiore e con sintomi di asfissia imminente, bisogna tentare di dare un sollievo ai malati con la punzione della giugulare esterna.

C. TOSCANO.

CASISTICA E TERAPIA.

L'iperglicemia nella polmonite lobare ed il suo trattamento.

R. Uccheddu (*Minerva medica*, 1 dic. 1931) ha rilevato che la prova dell'iperglicemia alimentare e quella delle curve giornaliere della glicemia hanno, nella polmonite, un comportamento analogo a quello di un leggero diabete. Durante la prova dell'iperglicemia alimentare, si ha abbastanza spesso anche glicosuria.

I valori della glicemia a digiuno nella polmonite sono in media più elevati che in altre malattie infettive acute ed il grado dell'iperglicemia giornaliera è, generalmente, proporzionale alla gravità dell'infezione.

Corrispondentemente a questi reperti, l'A. ha usato il trattamento insulinico, con dosi varianti da 10 a 15 unità per volta (30-45 nella giornata) per tutta la durata della malattia fino al giorno della crisi.

In tutti i casi, osservò la tendenza a ripetute sudorazioni, talora assai profuse, che si accompagnavano a modificazione delle condizioni generali, talvolta così rapida da aversi la crisi in III o V giornata. In altri casi, il miglioramento si manifestava con sensibile diminuzione della cianosi, della dispnea, della frequenza del polso, mentre la temperatura non presentò variazioni degne di nota.

Apprezzabile fu nella grande maggioranza dei casi l'attenuazione di tutti i fenomeni generali di ordine tossiemico: cefalea, tremori, vomito, delirio, stato di ansietà, agitazione, ecc. Nessuna differenza apprezzabile si osservò all'esame dell'apparato polmonare.

L'azione dell'insulina si è dimostrata evidente sulla iperglicemia giornaliera. L'influenza di tale rimedio sull'andamento generale della malattia è però di interpretazione assai difficile (azione del modificato ricambio sul pneumococco? favorita leucocitosi?). Ad ogni modo queste prime ricerche possono far ritenere che l'insulina contribuisca alla difesa dell'organismo contro il processo pneumonico ed autorizzano ad una ulteriore estensione di esse.

fil.

Un caso di ascesso polmonare da paratifo.

A. Thimm (*Mediz. Klin.*, n. 29, 1931) riferisce il caso di un malato di 30 anni, affetto da paratifo, che presentava un ascesso del lobo inferiore s. del polmone: la sua puntura diede esito a un pus ematico, in cui venne riscontrato il bacillo del Paratifo B. L'accesso si aprì nei bronchi, e l'infermo ebbe una vomica abbondante: la guarigione fu — come dimostrano i raggi — completa.

K. W. Clauberg (*ibidem*), commentando il reperto batteriologico del caso precedente, sostiene che sia giustificato distinguere un maggior numero di stipiti di bacilli del Paratifo, di quanto si sia ammesso finora; i caratteri del bacillo trovato nel pus polmonare vengono minutamente esposti e l'A. conclude che probabilmente essi sono dello stesso stipite di altri trovati da lui in 3 malati e appartenenti tutti allo stesso ceppo: in base alle sue osservazioni, non gli sembra improbabile che la tra-

smissione di questi bacilli si effettui anche per via orale, con la saliva.

V. SERRA.

Le pleuriti purulente dei bambini e loro trattamento.

Le pleuriti purulente rappresentano un capitolo importante della patologia del lattante: le statistiche infatti danno per esse una percentuale di esiti fatali che, secondo i vari autori oscilla dal 65 all'88 %: la gravità del decorso è dovuta al fatto che esse sono tutte para o metabroncopneumoniche.

Lereboullet (*Gaz. des Hôp.*, 6 gennaio 1932), riassunto l'andamento clinico di tre casi da lui trattati e portati a guarigione richiama l'attenzione su alcune norme diagnostiche e terapeutiche.

Unico dato fisico sicuro è l'ottusità di coscia sull'emitorace colpito. La diagnosi di certezza però si ha solo coll'esame radiologico e con la puntura esploratrice.

Accertata la diagnosi, la terapia iniziale dev'essere essenzialmente medica, sia per cercare con essa di ottenere la guarigione, sia per preparare un terreno favorevole all'intervento chirurgico.

Le toracentesi ripetute sono consigliabili, siano esse o no seguite da iniezioni intrapleuriche di sostanze modificatrici (bleu di metilene al 5 %) o da lavaggi pleurici con optochina (al 5 ‰).

Qualora con questi tentativi non si giunga ad alcun risultato si tenti il drenaggio ad aspirazione continua, e come « ultima ratio » si ricorra alla pleurotomia.

Contemporaneamente alla cura locale può esser molto vantaggiosa non tanto la sieroterapia, quanto la terapia vaccinica, sia essa applicata sotto la specie di stock vaccino che sotto quella, preferibile, di autovaccino.

Concludendo l'A. afferma che, pur restando l'empiema un'affezione gravissima nel lattante, ciò nonostante si può sperare con una terapia giudiziosa di ottenere risultati soddisfacenti.

M. PONS.

Le bronchiti degli ipertesi.

Gli ipertesi sono frequentemente dei tossicolosi. I segni funzionali della bronchite in tali malati consistono in una tosse abbastanza particolare, che compare soprattutto la notte o soltanto al mattino quando essi si svegliano e si accompagna ad espettorazione chiara, sierosa, piuttosto abbondante. Si possono avere dei veri accessi, con cianosi e dispnea, che fanno pensare a crisi di edema acuto. I grossi rantoli specialmente inspiratori che si ascoltano alle basi e l'espettorazione sierosa leggermente schiumosa fanno ravvicinare i fenomeni alla bronchite albuminurica di Lasègue. Tali forme sono particolarmente tenaci.

La bronchite è una complicazione precoce dell'ipertensione arteriosa, ma acquista tutta la sua intensità alla seconda fase dell'ipertensione; essa è più marcata quando compare l'albuminuria.

Negli ipertesi, anche astraendo da ogni sindrome di insufficienza cardiaca, si hanno spesso degli accidenti polmonari, dovuti ai disturbi circolatori che l'ipertensione generale crea nel dominio del piccolo circolo.

Si hanno diverse varietà di bronchite: sierosa, sanguinolenta, muco-purulenta, broncopleurite.

Per il *trattamento sintomatico*, A. Dumas e Amic (*Lyon médical* e *Presse médicale*, 12 dic. 1931) consigliano soprattutto quello dell'edema polmonare, salasso e digitale; anche i diuretici sono indicati.

Quando si ha a che fare con bronchiettasie o con sclerosi polmonare, si può pensare ad una medicazione specifica, non sempre efficace.

Tale forma di bronchite negli ipertesi può essere il primo segno precursore dell'insufficienza cardiaca.

fil.

Terapia generale della bronchite.

La terapia medicamentosa della bronchite deve assolvere diversi compiti e cioè: *a*) facilitare la secrezione mucosa e l'espettorazione; *b*) mitigare lo stimolo alla tosse; *c*) sostenere le forze cardiache. Nelle infezioni acute, si deve provvedere anche alla terapia generale.

S. J. Thannhauser (*Lehrbuch der innere Medizine*, Springer ed. 1931) consiglia i mezzi seguenti:

Per distaccare ed espellere il muco, servono gli espettoranti, fra cui l'A. dà la preferenza all'ipecacuana, che si può dare nella consueta forma delle polveri del Dover, oppure come infuso:

Pr) Infuso di rad. d'ipeca 0,5 per 150 (adulti)
0,1 per 150 (bambini)

Cloruro d'ammonio	g.	5
Liq. anisato d'ammonio	g.	2,5
Succo di liquirizia	g.	5
Sciroppo di more	g.	30
Acq. dist. q.b. per	cmc.	200

S. 1 cucchiaio ogni 3-4 ore.

Nel catarro bronchiale secco, si aggiungerà a questa prescrizione il cloruro di calcio (g. 5) e, se vi è forte stimolo alla tosse, il fosfato di codeina (cg. 5).

Come espettoranti, sono usati anche i prodotti contenenti saponina, quali la poligala e la Quillaja (Decotto di 10/200 con Liq. anis. d'ammonio g. 5 e Scir. sempl. g. 13; 1 cucchiaio ogni 2-3 ore). Agisce bene anche la Drosera (estratto o sciroppo).

Come fluidificanti, servono i sali alogeni

degli alcali, specialmente cloruri e joduri ed anche i carbonati, che vengono eliminati dalla mucosa bronchiale e rendono il muco più fluido, anche per l'acqua che sottraggono ai tessuti.

Si prescrive il liquore anisato d'ammonio, con cloruro di ammonio, ana g. 5 (15-20 gocce su un pezzetto di zucchero, 3-4 volte al giorno, oppure le pastiglie di cloruro d'ammonio.

Utile può essere lo jodio (cautela nei paesi con gozzo!), che si ordina specialmente negli individui anziani con enfisema, asma (si aggiungono 2-3 grammi di joduro di potassio all'infuso di ipeca, di cui sopra).

I *mucillaginosi* agiscono mitigando i dolori e sciogliendo il muco. Vi appartengono l'altea e le specie pettorali, con cui lo stesso paziente si può preparare decotti od infusi.

Medicamenti che diminuiscono la secrezione. Gli olî eterei, oltre ad un certo potere disinfettante, posseggono anche questa azione; se ne usano 1-2 gocce in un piccolo apparecchio da inalazione; molto utile è anche la nebulizzazione di olio di eucalipto. In modo analogo agiscono il creosoto ed il guaiacolo a cui si attribuisce un potere disinfettante; si danno sciroppi di guaiacolo, tiocolo, sirolina, eventualmente con aggiunta di efetonina.

Mezzi contro la tosse. La tosse va calmata quando è secca e penosa, specialmente per concedere il riposo notturno. Preferibile è il fosfato di codeina (tavolette da 1 cg., 3 volte al giorno; oppure 20 cg. in 10 cmc. di acqua, 15-20 gocce 3 volte al giorno). Si possono dare anche dionina e paracodeina. Il timore che si aveva un tempo che tali medicamenti portassero un abbassamento dell'eccitabilità del centro respiratorio si è dimostrato infondato.

Bene agiscono pure i rimedi antiasmatici, costituiti essenzialmente da giusquiamo, lobelia e simili.

Buoni effetti possono anche aversi con la terapia inalatoria. *fil.*

Nel catarro bronchiale secco ed eosinofilo.

J. Thannhauser (*Lehrbuch der inn. Medizin*, Springer, 1931) consiglia soprattutto i solventi del muco, specialmente la ipecacuana, a cui si aggiunge del cloruro di calcio (5 g.) e dello joduro di potassio (g. 2). Buoni effetti si sono ottenuti con la somministrazione prolungata delle seguenti polveri:

Acido arsenioso	mg.	5
Efetonina	mg.	25
Citrato di calcio	cg.	50

S. 2-3 al giorno.

Utili sono le polveri antiasmatiche, il soggiorno nella camera per gli asmatici di Storm van Leeuwenschen.

fil.

SEMEIOTICA.

Il segno secondo di Brudzinski nel lattante.

La sintomatologia iniziale delle meningiti è delle più varie, tanto che nel primo periodo la diagnosi clinica può essere veramente molto difficile. Nei lattanti in cui tutte le malattie hanno un inizio quanto mai indefinito questa difficoltà è enormemente accresciuta.

Aventi (*Clinica ed igiene infantile*, n. 11, nov. 1931) riconoscendo la grande importanza che può avere il segno del Brudzinski nel lattante ne riprende lo studio.

Nel 1909 Brudzinski, descrisse sotto il nome di « segno della nuca » il fenomeno seguente:

In casi di meningite la flessione anteriore passiva della nuca, provoca una flessione delle gambe sulle coscie, e delle coscie sul bacino.

Nel bambino normale, in posizione supina, la flessione della nuca, non provoca il fenomeno sopradetto.

Tutti gli AA. che si interessarono del fenomeno ne controllarono l'alto valore per la diagnosi di meningite. Anche Aventi ha avuto il 90 % di positività.

La genesi del fenomeno non è chiara: per Brudzinski sarebbe dovuto ad ipertonia muscolare degli arti inferiori, ed a predominio fisiologico dei m. estensori della nuca e del dorso sopra i m. flessori degli arti inferiori. Si tenga presente che non può dipendere da ipertensione del liquor perchè manca in casi di idrocefalo con pressioni enormi: non può dipendere da spasmo dei m. degli arti inferiori, perchè manca nella diplegia cerebrale in cui lo spasmo è al massimo; non può dipendere dal dolore perchè persiste durante la narcosi quando il dolore è soppresso.

Attualmente il Brudzinski viene considerato come un riflesso di posizione, del collo sulle estremità (*Halsreflexe*).

Ma esistono delle difficoltà di semeiologia pratica nella valutazione di questo segno, e precisamente: 1) i bambini normali mantengono costantemente la posizione degli arti inferiori con tutti i segmenti in flessione, posizione che è mantenuta naturalmente anche e sopratutto dai meningitici; 2) che nei bambini specialmente neonati e lattanti esistono dei riflessi di posizione del collo sulle estremità, che sono molto simili al fenomeno di Brudzinski.

La posizione in flessione degli arti è dovuta alla ipertonia fisiologica del lattante con la solita prevalenza del tono di riposo dei m. flessori. Tale posizione anche se venga passivamente modificata, ritorna a stabilirsi di nuovo in breve spazio di tempo. Però se si estendono passivamente gli arti inferiori di

un bambino, il bambino rimane per alcuni secondi (3-4-5-6) in questa posizione; subito dopo gli arti inferiori si mettono in posizione di flessione, questo movimento viene però compiuto lentamente e non contemporaneamente in ambedue gli arti. Prima che si torni alla posizione normale in flessione esiste un certo *tempo di latenza*. Secondo l'A. si può approfittare di questo tempo di latenza per provocare il Brudzinski, il quale si svolge con più rapidità.

Egli consiglia quindi di estendere passivamente gli arti inferiori, mantenere per un certo tempo in tale posizione estesa, e rilasciatili, provocare immediatamente con la tecnica abituale il Brudzinski.

Ciò sarebbe sufficiente a differenziare questo fenomeno dal movimento fisiologico di flessione degli arti. L. TONELLI.

NOTE DI TECNICA.

Su di un trattamento dietetico della cavia per la rapida diagnosi della tubercolosi.

Nonostante i numerosi sistemi proposti per la sensibilizzazione degli animali da esperimento alla infezione da bacillo di Koch, si è restati finora assai lontani dalla possibilità di produrre rapidamente e sicuramente l'infezione stessa per inoculazione di materiali specificamente patogeni.

F. Guarnieri (*Tubercolosi*, sett. 1931) propone un nuovo trattamento dietetico-ambientale per la sensibilizzazione delle cavie alla infezione tubercolare. Delle cavie perfettamente sane, di età inferiore ai sei mesi e di peso non superiore ai 250 grammi, vennero poste in ambiente ben areato e illuminato e alimentate con crusca di frumento e verdura fresca, nella misura giornaliera media di gr. 75 di crusca e gr. 150 di verdura, per un periodo di 3-6 mesi.

Prima di procedere alla inoculazione, le cavie vennero tolte dalla loro dimora abituale e messe, per 24-48 ore in apposita camera delle dimensioni di pochi metri cubi, priva quasi completamente di luce, nella quale, mediante opportuna disposizione, venne creato un ambiente permanentemente saturo di vapore acqueo, mentre adatti termoregolatori consentivano variazioni di temperatura tali da sottoporre gli animali a sbalzi termici compresi fra — 4° e + 40°. Le cavie consumarono la quantità anzidetta di alimenti, che però, prima della somministrazione, erano stati sottoposti ad uno speciale trattamento, atto a distruggerne il contenuto vitaminico ed a diminuirne quello proteico, minerale e carboidratico. La crusca venne, a tale scopo, spappolata in acqua (1 Kgr. di crusca in 3 litri di acqua), addizionata di gr. 50 di peridrolo; dopo mezz'ora di ebollizione si filtrò per panno e il residuo venne lavato con 2 litri di acqua contenente gr. 20 di cloruro di sodio; il residuo sul panno fu infine spremuto e messo a seccare in termostato per 6 ore a 180°. La verdura venne invece semplicemente trattata in autoclave a 135° per 45'.

L'A. ha osservato che le cavie così trattate diventano estremamente recettive per il bacillo di Koch, sì che è possibile riscontrare lesioni specifiche entro 4-6 giorni dalla inoculazione di materiali infetti. Il metodo proposto sembra offrire considerevoli vantaggi nella diagnosi della tubercolosi miliare e della tifobacillosi di Landouzy. C. TOSCANO.

MEDICINA SCIENTIFICA

Importanza dei metodi istochimici di ricerca per lo studio della fisiologia e della patologia cutanea.

I progressi nella ricerca scientifica sono per lo più legati all'uso di nuovi metodi di lavoro. Così per la chimica clinica si vide che l'importanza attribuita all'esame chimico sistematico e completo delle urine era giustificata ma che questo esame andava integrato con ricerche parallele eseguite sul sangue, meglio se dopo le così dette prove di carico. Negli ultimi tempi si è fatto strada il concetto che l'analisi istochimica diretta dell'organo ammalato è la più indicata per segnalarne lo stato funzionale ed indirizzare a terapia adeguata.

Ciò naturalmente non è possibile però che per determinati organi e primo fra questi la cute, che ottimamente si presta a queste ricerche istochimiche intravitali. È specialmente per merito di Urbach, che riassume in un recente articolo (*Münch med. Woch.*, 16 gen. 1931) la sua esperienza in questo campo, che si è potuto vedere quanto fosse errato il concetto di poter trarre delle conclusioni sul chimismo cutaneo dallo studio del ricambio generale. I valori che infatti si ottengono, ricercando parallelamente le diverse sostanze nella cute e nel sangue, sono completamente diversi e, in caso di alterato ricambio delle diverse sostanze, non vi è alcun parallelismo di comportamento tra il chimismo cutaneo e quello generale.

Urbach insiste perciò sull'importanza, per la comprensione della patologia cutanea, di questi esami istochimici che vanno eseguiti su frammenti di cute prelevati intra-vitam e non come alcuni autori, anche italiani, hanno fatto, sul siero di vescicole prodotte artificialmente (cerotto cantaridato) avendosi in queste ultime dei valori che molto si avvicinano a quelli del siero di sangue. MONACELLI.

MEDICINA SOCIALE.

Aumento del cancro polmonare e malattie polmonari da polvere.

Berblinger (*Med. Klinik*, 11 sett. 1931) osserva che, innegabilmente, il cancro del polmone dal 1920 in qua è divenuto più frequente,

ma non se ne saprebbe trovare una causa sicura.

Le pneumoconiosi, le silicosi possono favorire, forse, il cancro, ma certo non devono rappresentare dei fattori molto importanti, se si pensa alla loro grande frequenza di fronte allo scarso numero dei cancri.

L'influenza, le epidemie di grippe, hanno forse valore, ma certamente, anche qui, non si tratta della causa determinante.

Tuttavia tutte queste condizioni creano una infiammazione cronica delle vie respiratorie profonde, con esagerazione dei processi di rigenerazione e — in complesso — uno stato anatomico di « pre-cancerosi ».

Naturalmente un cancro si può insediare in una caverna, in una bronchiettasia: ma l'A. ha trovato una volta sola l'associazione del cancro polmonare colla tubercolosi.

Per il momento la sua causa resta quindi ignota; la diagnosi è assai difficile e talvolta completamente fuorviata dall'esistenza di metastasi che possono dominare clinicamente il campo. Di terapia, per ora, non si parla.

V. SERRA.

RUBRICA DELL'UFFICIALE SANITARIO

Il nuovo regolamento sulla produzione ed il commercio delle acque gassose.

La *Gazzetta Ufficiale* del 12 gennaio scorso ha pubblicato il nuovo *Regolamento contenente disposizioni per la produzione ed il commercio delle acque gassose*, approvato con R. decreto 29 ottobre 1931, n. 1601.

Questa materia era sinora disciplinata solamente dagli articoli 124 del Regolamento generale sanitario 3-2-1901 e 161, 162 e 163 del Regolamento per la vigilanza igienica sugli alimenti, sulle bevande, ecc., 3-8-1890, che già abbiamo avuto occasione di illustrare (1). Poichè le poche norme contemplate in questi articoli non rispondevano ormai più ai progressi dell'industria ed alle esigenze della vigilanza sanitaria di un tipo di bevanda di così largo consumo come le acque gassose, il nuovo regolamento le ha opportunamente integrate ed ampliate in modo da assicurare, così nella preparazione come nello smercio delle acque gassose, l'osservanza di tutte le regole igieniche che valgano a garantirne la salubrità.

Il regolamento definisce come acque gassose l'acqua di Seltz (acqua con acido carbonico sotto pressione), le acque di soda (acque con bicarbonato di soda ed acido carbonico sotto pressione) e le acque gassose edulcorate con zucchero, sciroppo, essenze aromatiche ed acidi organici, contenenti almeno l'8 % di residuo secco.

(1) V. *Policlinico*, Sez. prat., n. 31 del 4-8-1930.

L'acqua usata per la fabbricazione delle gassose deve essere potabile e garantita da inquinamenti e l'acido carbonico deve esser puro.

È vietato, nella preparazione delle acque gassose, l'uso di edulcoranti sintetici (saccarina, dulcina, ecc.), metalli nocivi, colori non consentiti dalla legge, acidi minerali, glicerina, sostanze atte a produrre schiuma, sostanze comunque nocive, o anidride solforosa in quantità superiore a quella eventualmente permessa per lo sciroppo usato nella fabbricazione. È proibito lo smercio di acque gassose alterate, guaste o contenute in recipienti non puliti. Le acque gassose vendute sotto il nome di un frutto debbono esser preparate collo sciroppo di quel frutto e non colorate artificialmente. Se nella preparazione non si usa esclusivamente sciroppo naturale di frutta, allora le acque gassose devono esser vendute, non col nome del frutto, ma col nome di fantasia dello sciroppo e coll'indicazione: *aromatizzata...* (per es. alla fravola, alla granatina). Se nello sciroppo il saccarosio è sostituito tutto, o almeno fino al 10 %, con glucosio o zucchero invertito, la gassosa deve essere indicata come gassosa al glucosio.

Una questione molto importante dal punto di vista igienico è quella delle bottiglie; il regolamento prescrive che tanto queste come i sifoni debbono portare il nome o il marchio del fabbricante e non contenere, nelle etichette, diciture allusive a proprietà terapeutiche od igieniche speciali dell'acqua. Una innovazione è il divieto dell'uso delle bottiglie cosidette a pallottola o di altri tipi che non si possano facilmente lavare. È noto infatti che le bottiglie colla chiusura a pallottola di vetro, per la irregolarità della loro superficie interna, per la necessità di introdurvi o il dito od altro oggetto per spingere verso l'interno la pallottola e determinare così l'uscita del liquido, e per avere l'apertura non protetta da possibili contaminazioni esterne, sono quanto di meno igienico si possa immaginare.

Molto giustamente perciò questo tipo di bottiglia è stato vietato, pur lasciando un sufficiente periodo di tempo (fino a 3 anni) per l'esaurimento delle scorte esistenti. Certamente l'industria vetraria saprà offrire bottiglie di altro sistema, igienicamente migliore, e che consenta il facile lavaggio e la eventuale sterilizzazione tanto delle bottiglie quanto dei mezzi di chiusura.

Il regolamento prescrive che tali proprietà dei recipienti debbono risultare da apposita dichiarazione rilasciata dall'ufficiale sanitario.

Gli anelli di gomma ed i mastici usati nei sifoni o nei mezzi di chiusura delle bottiglie non devono contenere piombo, arsenico o antimonio, e le parti metalliche dei recipienti

e degli apparecchi di fabbricazione delle acque gassose, che vengono a contatto col liquido, debbono essere di stagno o fortemente stagnate od argentate.

Anche la preparazione estemporanea delle acque gassose con i cosidetti apparecchi da banco, usati nei bars, è sottoposta ad analoghe cautele igieniche da accertarsi dall'autorità sanitaria comunale.

Particolari norme sono stabilite per garantire la salubrità dei locali delle fabbriche di acque gassose; il personale in esse impiegato deve risultare di sana costituzione ed esente da malattie trasmissibili da un certificato rilasciato dall'ufficiale sanitario. La visita di detto personale verrà ripetuta almeno ogni quattro mesi e spetta all'Autorità comunale stabilire la misura del relativo compenso all'ufficiale sanitario, a carico degli esercenti. Gli esercenti le fabbriche hanno obbligo di denunziare i casi accertati o sospetti di malattie trasmissibili nel personale o nella loro famiglia, non appena ne vengano a conoscenza.

Per agevolare la sorveglianza sanitaria voluta dal regolamento, è prescritto che chi vuole fabbricare e mettere in vendita acque gassose od impiantare apparecchi da banco, deve munirsi di apposita *licenza di autorizzazione* all'esercizio, da rilasciarsi dal Podestà su parere dell'ufficiale sanitario e subordinatamente all'accertamento della salubrità dei locali e del metodo di fabbricazione, e della potabilità dell'acqua adoperata. La licenza porterà l'indicazione della persona o ditta autorizzata, della località ove è posta la fabbrica, del sistema di chiusura e del contrassegno di identificazione delle bottiglie.

Per la completa osservanza delle norme del regolamento, oltre a quanto abbiamo accennato per l'uso temporaneo delle bottiglie a pallottola fino ad esaurimento delle scorte esistenti, sono concessi agli interessati sufficienti termini di tempo. Perciò, pur rispettando le legittime esigenze dell'industria delle acque gassose, gli uffici sanitari dovranno, per l'avvenire, esigere il rigoroso adempimento delle nuove disposizioni ed il pubblico potrà far uso con tutta fiducia di questo genere di bevande, che per essere, diversamente da molte altre più o meno alcooliche, sicuramente non dannose all'organismo, meritano giustamente larga diffusione.

A. Franchetti.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Igiene del lavoro di galvanoplastica. Protezione dall'acido cianidrico. — Al dott. G. Ganelli, da Codogno:

Lo sviluppo di acido cianidrico si ha particolarmente quando i bagni al cianuro sono usati caldi; esso è quindi maggiore per la doratura, in cui si usa il bagno a 60°-70° che nell'argentatura e nickelatura.

In condizioni normali di lavoro e con l'uso di piccoli bagni, quali si usano generalmente per piccoli oggetti, le quantità di acido cianidrico sviluppantisi sono piccolissime e sono generalmente ben tollerate anche se inalate a lungo. Gli eventuali avvelenamenti, quando si verificano, sono lievi; sono però citati casi di avvelenamenti cronici ed anche un caso mortale.

Per i piccoli impianti, basterà, in genere, una buona ventilazione del locale. Per quelli più grandi, specialmente se l'operazione è fatta a caldo, sarà necessaria una cappa di aspirazione bene applicata e che funzioni a dovere.

Dovranno, naturalmente, seguirsi le più scrupolose norme tecniche per evitare lo sviluppo di acido cianidrico dal contatto dei cianuri con acidi (possibilità di intossicazioni acute). L'estrazione degli oggetti dal bagno sarà fatta con pinze o proteggendo le mani con guanti di caucciù. Il contatto della cute con i cianuri può determinare intossicazioni (assorbimento da piccole ferite) o dermatosi.

A. Filippini.

Fecondazione artificiale. — Al dott. N. I.:

Si tratta di pratiche ormai sorpassate. Sulle incongruenze morali possibili si intratteneva di recente il prof. O. Timpanaro (R. Clinica Ostetrico-ginecologica di Catania), cui può indirizzarsi.

g.

VARIA.

Tricofizia della nuca e moda femminile.

Fra le dermatosi attribuibili alla moda femminile, A. Marcozzi (*Arch. italiano di derm., sif. venereol.*, nov. 1931) riporta alcuni casi osservati in donne, in seguito al taglio dei capelli alla « garçonne ». Qualche giorno dopo, prurito alla nuca e desquamazione con arrossamento estendentesi eccentricamente. Alla osservazione, si rileva una chiazza eritemato-squamosa, a coccarda, della grandezza di uno scudo. Si tratta di due cerchi concentrici; i peli compresivi sono in parte rotti all'ostio del follicolo, gli altri sono di qualche millimetro come quelli attorno.

All'esame microscopico, si osserva Tricophiton endotrix, a quello culturale, tricophiton glabrum.

L'infezione va attribuita al taglio dei capelli; il trauma provocato dal rasoio e dalle forbici e lo sgrassamento dovuto alle saponate hanno una parte essenziale nel meccanismo del contagio, minorando la difesa locale verso questa infezione, difesa che, nell'adulto, è generalmente sufficiente ad impedire il contagio.

Come cura, l'A. ha adottato la crisarobina, con successiva causticazione dei peli monchi.

fil.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

Risposte a quesiti per questioni di massima.

12° *Dottor C.* — Anche per i concorsi all'ufficio di primario medico o chirurgo di ospedale, nessuna disposizione di legge o di regolamento generale stabilisce limiti di età o esenzioni. Non sono applicabili, per analogia, nè le norme del regolamento per l'esecuzione della legge comunale e provinciale, nè quelle dell'art. 27 del regolamento sanitario 19 luglio 1906. Valgono soltanto le disposizioni degli statuti e dei regolamenti locali così per il limite di età come per le esenzioni, salva la disposizione che eleva di cinque anni l'età massima per coloro che hanno prestato servizio durante la guerra. L'avviso del concorso non può stabilire condizioni nuove, maggiori di quelle che risultano dallo statuto o dal regolamento organico locale. (Vedere risposta n. 10, per caso analogo).

13° *Dottor O.* — L'art. 18 del T. U. delle leggi sanitarie dispone che, trascorso il biennio di prova, il Prefetto « udito il C. P. S. provvede con decreto *motivato* alla nomina definitiva o al licenziamento » dell'ufficiale sanitario. Il parere è ancora necessario, come risulta dall'art. 22, n. 10, del R. D. 30 dicembre 1923, n. 2889. Il Consiglio Prov. di Sanità pronunzia il suo parere in base a particolareggiata relazione del medico provinciale, udito anche il Consiglio Comunale o il Consorzio interessato.

Tutto l'esperimento deve essere valutato e la motivazione deve riferirsi al risultato di esso.

Si intende, però, che non devono essere specificati addebiti disciplinari.

14° *Dottor M.* — Per legge, il Podestà ha facoltà di scelta. Questo potere è stato riaffermato dalla giurisprudenza costante del Consiglio di Stato anche dopo le note circolari del Ministero dell'Interno, dalle quali risultano istruzioni nel senso della nomina del primo graduato qualora il Podestà non accerti motivi seri di esclusione. L'esercizio della facoltà di scelta non è quindi illegittimo. Tuttavia, è da ritenere che, salvi motivi speciali, i Prefetti si uniformino alle istruzioni ministeriali. Per i medici condotti, la Commissione non deve formare una terna di idonei; essendo eleggibili tutti i concorrenti che sono dalla Commissione dichiarati idonei, cioè tutti coloro che conseguono almeno 27 punti su trenta. Se il medico nominato non accetta, può essere nominato altro concorrente. Ma, avvenuta l'accettazione, si costituisce il rapporto di impiego e per qualsiasi causa e in qualunque tempo questo si risolva, il concorso è già esaurito e, sulla base dei risultati di esso, non può essere nominato nessuno di coloro che furono dichiarati idonei. Per la nuova nomina deve essere indetto altro concorso.

15° *Dottor F. G.* — Da un punto di vista astratto è da ritenere che l'amministrazione ospedaliera abbia la facoltà di modificare l'ordinamento del servizio di assistenza e di stabilire nuovi obblighi anche per il così detto servizio di guardia. A questa riforma non è di ostacolo un diritto acquisito. Non possono, però, essere alterate le condizioni essenziali del rapporto d'impiego, cioè quelle che lo caratterizzano. Nel caso concreto è da esaminare, specialmente, se il provvedimento sia illegittimo per eccesso di potere. A me sembra che, ammessa la possibilità astratta della riforma, l'amministrazione ospedaliera e l'autorità tutoria abbiano ecceduto imponendo un nuovo obbligo che, normalmente, appartiene agli assistenti e non al capo del reparto, il quale ne risente pregiudizio anche morale, in rapporto alla sua posizione professionale e di impiego. L'obbligo del servizio di guardia, per turno, è estraneo alle funzioni del capo del reparto, salvi casi eccezionali. Ne deriva danno anche al servizio per il tempo e le energie che richiede, distraendo il capo del reparto dalle funzioni sue proprie. Ha fatto bene a ricorrere in sede gerarchica.

16° *Dottor G. S.* — Anche la indennità per mezzi di trasporto è soggetta alla imposta di R. M., costituendo reddito, sebbene vi corrispondano obblighi di spesa.

17° *Dottor E. C.* — Contro la deliberazione della G. P. A. concernente la classificazione dei Comuni agli effetti degli stipendi minimi, si può ricorrere al Ministero dell'Interno, nel termine di giorni quindici dalla notificazione, e non al Consiglio di Stato. Anche il provvedimento che respinge la domanda di modificazione della classificazione, non è definitivo. Al Consiglio di Stato si può ricorrere contro il decreto ministeriale che respinge il reclamo. Il termine è di giorni sessanta e decorre dalla notificazione del provvedimento ministeriale.

18° *Dott. R. B.* — Il biennio di prova ha effetto dal giorno dell'effettiva assunzione del servizio e non da quello della deliberazione di nomina: è giurisprudenza costante.

N. B. — Ai quesiti degli abbonati si risponde, in ogni caso, direttamente, per lettera. I quesiti devono essere inviati, in busta, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del « Policlinico », via Sistina 14, Roma.

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, **sono gratuite.**

Saranno poi pubblicate in questa rubrica, ma senza indicare il nome del richiedente, soltanto le risoluzioni che abbiano interesse di massima.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI esercente in Cassazione, cons. legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Acerno *(Salerno)*. — Scad. 5 apr.; L. 6700 ridotte 12 %, oltre quattro quadrienni decimo. Per chiarimenti rivolgersi Segreteria.

Bologna. *Comune*. — Scad. 25 mar.; 7ª cond.; L. 8800 e 5 quadrienni dec., addizionale L. 3 sopra 1300 pov.; riconoscim. servizi anteriori (fino a 10 anni); per trasp. L. 500-1000-3000, per l'ambulatorio L. 1000, c.-v.; deduz. 12 %; età lim. 45 a.; tassa L. 50,10.

Cagliari. *Comune*. — Med. condotto di sezione; proroga a tutto 15 marzo.

Campotosto *(Aquila)*. — Scad. 10 mar.; lire 10.500, un c.-v., per uff. san. L. 500; addizionali L. 5 e L. 3 oltre 500 e 1000 poveri; deduz. 12 %; 4 quinquenni dec.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

Cerano *(Novara)*. — Scad. 15 apr.; L .7000 oltre c.-v., L. 650 trasp., L. 500 alloggio; riduz. 12 %; tassa L. 50,10.

Coassolo Torinese *(Torino)*. — Scad. 25 apr.; con Monastero; L. 7040 aumentabili, oltre L. 800 uff. san., L. 100 alloggio; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

Como. *Comune*. — Medico aggiunto presso l'Ufficio Municipale d'igiene; proroga a ore 17 del 10 apr.

Como. *Ospedale S. Anna ed Uniti Ll. Pp.* — Dirigente del Laboratorio di anatomia patologica e bacteriologia; dirigente del Reparto di radiologia e terapia fisica; stipendi rispettiv. L. 18.000 e lire 12.000 lorde delle riduzioni e trattenute di legge; interessenza; limitazioni dell'esercizio profession.; scad. 12 apr. Medico-chirurgo aggiunto; L. 4200 decurtate 12 % e lorde di R. M.; partecipaz.; nom. triennale; scad. 15 apr. Titoli ed esami. Tassa lire 50. Doc. a 3 mesi. Rivolgersi all'Ufficio di Segreteria del Consiglio d'Amministrazione.

Foggia. *R. Prefettura di Capitanata*. — Uff. sanitari dei comuni di Foggia, Manfredonia, Margherita di Savoia, S. Giovanni Rotondo; stipendi L. 15.200 (oltre L. 1800 serv. att.) per il primo posto, L. 8000 per gli altri; 5 quadrienni dec.; divieto occupaz. interferenti e, per il comune di Foggia, anche dell'esercizio profess.; titoli ed esami; doc. a 3 mesi dal 20 gen.; tassa L. 50,20 alla Tesoreria del comune ove si aspira di essere nominato; scad. ore 16 del 31 mar. Chied. annunzio. Rivolgersi Ufficio Med. Prov.

Montegiorgio *(Ascoli Pic.)*. — Scad. 30 mar.; 3ª cond.; L. 8360 oltre L. 2376 cavalc., 5 quadrienni dec.; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

Nave *(Brescia)*. — Scad. 15 apr.; con Bovezzo; L. 9000 e 6 quinquenni dec., oltre c.-v., L. 2000 trasp., L. 500 uff. san.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,15.

Palermo. — Scad. 7 apr.; assistente al dispensario celtico; L. 7000 non suscettibili di aumenti periodici nè pensionabili, oltre L. 1700 serv. att., c.-v.; riduz. 12 %; età lim. 35 a. al 10 gen.; tassa L. 50.

Pavia. *R. Prefettura*. — Uff. sanit. pel consorzio Mele e uniti; v. fasc. 2; proroga 1° aprile.

Petrella Salto *(Rieti)*. — Scad. 31 mar.; 2ª cond.; L. 9500 oltre L. 3000 cavalc., addizion. L. 3 oltre i 1000 pov.; deduz. 12 %; 4 quinquenni dec.; età lim. 35 a.

Ramiseto *(Reggio Em.)*. — A ore 18 del 15 apr.; età lim. 35 a.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 15 gen.; stip. L. 7040 e 5 quadrienni dec. oltre lire 2640 indenn. categoria, L. 880 uff. san., L. 2640 cavalc., L. 440 ambulat., c.-v.

Roma. *Ministero delle Comunicazioni (Ferrovie dello Stato)*. — Concorsi per titoli ai seguenti posti di Medico di riparto: Ragusa II, Caltagirone (Catania), Salza Irpina, Bovino II (Foggia), Pozzolo Formigaro (Genova), Voghera I, Chiari (Milano), Casoria-Afragola, Caianello Vairano II, Cascano, Maddaloni Superiore, S. Antimo Atella (Napoli), Ronciglione, Monterotondo, Sulmona I (Roma), Polla II (Salerno). Inviare domanda e richiedere informazioni ai rispettivi Ispettorati Sanitari (indicati fra parentesi). Scadenza ore 17 del 25 marzo 1932-X.

Roncade *(Treviso)*. — Scad. 31 mar.; 2° riparto; L. 8500 oltre L. 2500 cavallo, c.-v.; rivolgersi Segreteria.

Sassari. *Ente Provinciale per la lotta contro il tracoma*. — Ispettore dei servizi antitracomatosi; scad. 30 apr.; titoli ed esami; L. 24.000, ritenuta 12 %, spese viaggio 1ª classe, indenn. chilometrica; divieto eserc. libero. Chiedere annunzio. Età lim. 50 a.

Schio *(Vicenza)*. *Congregaz. di Carità*. — Chirurgo primario dell'Ospedale Civile Baratto; lire 6000 aumentabili per quadrienni fino a L. 8000 oltre L. 2000 serv. att. e c.-v.; riduz. 12 %; scad. 31 mar.; età lim. 40 a.; 6 anni di servizio continuativo in ospedali o cliniche chirurgiche o istituti di patologia chirurgica; doc. poster. al 31 dic.

Senigallia *(Ancona)*. *Ospedale Civile*. — Al 12 mar.; primario specialista ostetrico-ginecologo; età lim. 40 a. al 10 feb.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi; stip. L. 6000 e 12 bienni ventesimo; c.-v.; ritenute di legge; partecipazione. Chiedere annunzio. Rivolgersi Segreteria.

Teramo. *Amministrazione Provinciale*. — Scad. 21 marzo. Direttore della Sez. med.-microgr. del Labor. prov. d'igiene e profilassi; L. 13.000 oltre L. 3000 serv. att., c.-v., partecipaz.; riduz. 12 %; 2 quinquenni di L. 1000 e 2 di L. 1500; età lim. 45 a.; doc. a 3 mesi dal 3 feb.; serv. entro 15 gg.; divieto eserc. profess. Chied. annunzio.

Teramo. *Congregazione di Carità*. — Aiuto di medicina dell'Ospedale Civile « Vitt. Em. III »; L. 5000 lorde, oltre c.-v. in L. 620 se il titolare è celibe, L. 1432,30 se coniugato; riduz. 12 %; partecipazione 15 %; scad. ore 12 del 15 mar.; età lim. 35 a.; doc. a 2 mesi dal 20 gen.; nom. e conferma quadriennali. Chiedere annunzio.

Trecate *(Novara)*. — A tutto 15 aprile; L. 7000, oltre le varie indennità fissate dal capitolato; riduzione 12 %; 10 aumenti ventesimo.

TRIBANO (*Padova*). — Scad. 31 mar.; L. 9000, oltre L. 3000 trasp. (riducibili annualmente secondo il costo medio dei foraggi), L. 900 rimborso spese ambulat., L. 700 uff. san.; ritenute prescritte; 5 quadrienni dec.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,15.

VITERBO. — Scad. 10 mar.; medico condotto supplente; L. 7000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1000 trasp.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

VOGHERA. *Congregazione di Carità.* — Scad. ore 17 del 22 mar.; medico primario e assistente della Sez. Medica dell'O. P. Ospedale Civile. Pel 1° posto L. 5500 e 5 quadrienni dec.; quota 50 % proventi; L. 1200 se direz. ospedale. Pel 2° posto L. 4500 non aumentabili, quota 25 %, guardie di L. 10 oltre il vitto. Per i due posti c.-v. se ammesso da legge; deduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50. Chiedere annunzi.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche, i compensi allo stipendio base.

CONCORSI A PREMI.

Premio Dell'Acqua.

In adempimento alle disposizioni testamentarie del dott. Felice Carlo Dell'Acqua ed alle norme approvate dal Consiglio degli Istituti Ospitalieri di Milano, è aperto il concorso ad un premio di L. 414,81, da conferirsi all'autore della migliore memoria o tema libero di medicina o di chirurgia o medico-chirurgico, scritti in buona lingua italiana. Gli aspiranti devono essere medici supplenti od assistenti presso l'Ospedale Maggiore di Milano e non devono aver oltrepassato l'età di anni 35. Norme consuete. Scad. 30 dicembre 1932. Rivolgersi all'Ufficio di Protocollo del Consiglio. L'autore della memoria premiata sarà tenuto a farla stampare ed a consegnarne gratuitamente due esemplari alla Biblioteca dell'Ospedale Maggiore.

R. Istituto Lombardo di Scienze e Lettere.

Sono banditi i concorsi per tre premi Cagnola di L. 2500 e medaglia d'oro ciascuno: per una scoperta sulla cura della pellagra, una sulla natura dei miasmi e dei contagi ed uno studio sulla tubercolosi del pancreas; tre premi Fossati di lire 3000 ciascuno, per ricerche sul sistema extra-piramidale e per illustrazione di un argomento di anatomia del sistema nervoso (scad. 31 mar. 1933) e per ricerche embriologiche sul sistema nervoso centrale (31 mar. 1934); premio Secco Commeno (L. 864, scadenza 31 dic. 1934), per uno studio di sterilizzazione dei portatori di bacilli del tifo; premio Devoto di L. 10.000 (scadenza 3 dic. 1933) a un lavoro pubblicato dopo il 1° gennaio 1932 che rechi un contributo risolutivo su di un punto della patologia del lavoro; premio Dedin di L. 10 mila (scadenza 31 dicembre 1934) a un lavoro diagnostico e terapeutico sulla paralisi infantile; premio Brugnatelli di L. 3500 (scad. 31 dic. 1933) a un lavoro di scienze biologiche.

Lo stesso Istituto bandisce i concorsi per otto borse di L. 4000 ciascuna a giovani del Canton Ticino che compiano gli studi in Istituti superiori del Regno (scad. 31 ott. 1932).

Premio « Francesco Dessy ».

Presso la R. Università degli Studi di Firenze è aperto un concorso al premio istituito dalla Fondazione Francesco Dessy. Potranno concorrere i medici di nazionalità italiana laureati da non più di cinque anni in una Università del Regno. I concorrenti dovranno presentare alla Segreteria della R. Università (piazza S. Marco 2), domanda entro il 30 giugno 1933, allegandovi una o più memorie a stampa o dattilografate riguardanti ricerche originali di anatomia ed istologia normale, fisiologia, igiene. Le memorie dovranno essere eseguite in Italia.

Il premio unico ed indivisibile ammontante a L. 5000 verrà conferito entro il 30 dicembre successivo alla chiusura del concorso.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

L'Università di New York ha decretato il grado di dottore *honoris causa* in scienze al dott. Frederick G. Banting, della Facoltà Medica dell'Università di Toronto (Canadà), scopritore dell'insulina.

Su proposta delle Facoltà ove hanno tenuto gli ultimi insegnamenti, il ministro dell'Educazione nazionale ha conferito il titolo di emerito ai proff.: Guido Tizzoni, Pietro Albertoni, Alfonso Poggi, Liborio Giuffrè, Alfredo Chistoni, Ambrogio Ferrari, Iginio Tansini, Alfonso Di Vestea, Guglielmo Romiti.

Sono stati nominati i proff.: Pietro Verga, di anatomia e istologia patologica a Perugia; Piero Radaelli, id. a Catania; Filippo Battaglia, id. a Messina; Antonio Comolli, di patologia speciale chirurgica e semeiotica a Modena; Galeno Ceccarelli, di patologia speciale chirurgica a Bari.

A Rettore dell'Università di Napoli il Ministro dell'Educazione Nazionale ha nominato, per il biennio 1931-33, l'on. prof. Guido Salvi, titolare della cattedra di anatomia umana, deputato al Parlamento.

Il dott. G. Monasterio, libero docente in biochimica, è stato nominato direttore dei Laboratori dell'Ospedale Italiano Benito Mussolini di Alessandria d'Egitto.

Il Senato Accademico della R. Università di Modena, nella sua seduta del 19 febbraio 1932, a norma dello Statuto della Fondazione, ha conferito per l'anno 1931, il premio « Riccardo Luzzatto » destinato ad un lavoro o complesso di lavori nel ramo della biochimica o della terapia sperimentale, al dott. prof. Giulio Bucciardi, aiuto dell'Istituto di Fisiologia sperimentale di detto Ateneo.

La Commissione aggiudicatrice ha rilevato l'originalità nei lavori presentati e specialmente di quello riguardante l'influenza della morfina nell'impregnazione cromo-argentica del tessuto nervoso, i cui risultati sono molto notevoli e suscettibili di più vasti svolgimenti ed applicazioni.

Il dott. George Burges Magrath è nominato professore di medicina legale alla Scuola medica dell'Università Harvard in Boston.

Alle due cliniche ostetrico-ginecologiche di Vienna, rimaste vacanti in seguito alle morti dei proff. Peham e Kermauner, sono stati chiamati, dopo un lungo intervallo — di oltre un anno — i proff. Halban e Wilhelm Weibel (quest'ultimo da Praga).

Il dott. Fernand Lemaître, dell'Ospedale Saint Louis di Parigi, è nominato professore di otorinolaringologia presso la Facoltà medica, in sostituzione del prof. Pierre Sebileau, andato a riposo.

Il dott. Valeriu Bologa è nominato direttore dell'Istituto di storia della medicina presso l'Università di Cluj (Romania),

Il dott. Garcia del Diestro è nominato direttore della Scuola nazionale di puericultura di Madrid.

Il prof. Gustav Hofer, di Vienna, è stato chiamato alla cattedra di oto-rino-laringologia dell'Università di Graz, quale successore del prof. Joh. Zange.

L'Accademia Nazionale di Medicina del Messico ha eletto presidente il dott. Demetrio López; vice-presidente il dott. Tomás J. Perrín; segretario perpetuo il dott. Alfonso Pruneda; segretario annuale il dott. Salvador Bermúdez.

La Società Belga di Ginecologia e Ostetricia ha chiamato alla presidenza pel 1932 il dott. Guillaume Noleno di Hasselt.

Alla presidenza della Dieta prussiana è stato chiamato il dott. Boehm. È il primo medico che occupi l'alta carica politica.

Il Sindacato professionale della stampa scientifica francese ha eletto alla presidenza il dott. Foveau de Courmelles, medico.

Il prof. Gregorio Marañon, dell'Università di Madrid, è stato decorato dal Governo francese della Croce della Legion d'Onore.

Il dott. T. L. Patterson, professore di fisiologia al Collegio di medicina e chirurgia di Detroit, ha ricevuto il premio Cressy Morrison Award di 250 doll. per il suo studio: « fisiologia comparata del meccanismo della fame gastrica ».

Il premio Samuel Molina, istituito in Argentina, consistente in medaglia d'oro e una somma di 1000 pesos, è stato assegnato al dott. Miguel Angel Etcheverry, per il suo lavoro sugli acidi biliari; si sono accordati due accessit, consistenti in diplomi e somme di 500 pesos, al dott. Anibel Lemos Ibáñez per un lavoro sulla radioscopia nella diagnosi differenziale dell'appendice cronica, e al dott. Esteban M. Páez, per un lavoro sull'adattamento funzionale del fegato.

L'Accademia di Medicina di Buenos Aires ha assegnato la borsa di studio della Fondazione Devoto al dott. Oscar Arias, per compiere delle ricerche di fisiologia; il premio Wilde per la migliore tesi in medicina legale al dott. C. Guerra, per il suo studio sull'intossicazione da ossido di carbonio; il premio Giemes per un lavoro di medicina interna al dott. I. Berconsky, per il suo lavoro sull'efficienza del cuore in condizioni normali e patologiche.

La Società delle Scienze di Lilla ha assegnato la medaglia d'oro della Fondazione Wicar al prof. Paget, dottore in farmacia, agrégé alla Facoltà libera di Lilla, per l'insieme dei suoi lavori sulla biochimica del sangue, del latte e dell'adrenalina.

NOTIZIE DIVERSE.

L'integrale sistemazione edilizia dell'Università di Roma.

Il Consiglio dei Ministri, su proposta del Capo del Governo, in accordo coi Ministri dell'Educazione Nazionale e delle Finanze, ha approvato la costituzione di un Consorzio, con il contributo degli Enti locali, per l'integrale sistemazione edilizia dell'Università di Roma.

L'illuminata e sagace volontà del Capo del Governo, verrà per tal modo a tradurre in pratica la grandiosa e geniale concezione di Guido Baccelli.

L'Università potrà avere sempre un maggior sviluppo anche per quanto riguarda l'educazione fisica e le opere assistenziali, culminanti nella Casa dello Studente — magnifica iniziativa del G.U.F. — e potrà incrementare la popolazione scolastica straniera, che è già in rilevante aumento, e assolvere quindi un notevole compito internazionale.

Mentre l'antica Sapienza, che può vantare il suo atto di nascita con la Bolla di Bonifacio VIII del 20 aprile 1303, manterrà fra le vecchie mura che vennero in parte disegnate da Michelangelo e costruite da Giacomo della Porta e sulle quali si innalza l'audacia architettonica del Borromini, la sede del Senato Accademico, dell'amministrazione e di altri uffici, l'« Universitas Studiorum » — l'Università della Roma mussoliniana — sorgerà grandiosa e moderna, razionalmente organizzata. E come il Duce annunciò nel messaggio del 12 novembre 1926, l'Ateneo romano « sorgente perenne di giovani energie per la Patria » diverrà « il centro massimo degli studi d'Italia ».

Consiglio Nazionale delle Ricerche.

Su proposta del Capo del Governo, Primo Ministro, segretario di Stato, il Consiglio dei Ministri ha approvato un disegno di legge col quale si portano modificazioni all'ordinamento del Consiglio Nazionale delle Ricerche, in rapporto di nuove esigenze sorte con lo sviluppo dell'Istituto.

Campagna antitubercolare.

Il giorno di Pasqua sarà celebrata, anche quest'anno, « La giornata del Fiore e della doppia Croce ». Nello stesso giorno avrà inizio la Campagna del Francobollo antitubercolare, la seconda che si attua in Italia e che segue, ad un anno di distanza, il grande successo della prima, la quale fruttò 9 milioni di lire; questa cifra imponente attesta con quanto slancio abbia risposto all'appello la naturale sensibilità del nostro popolo.

La Campagna, organizzata dalla Federazione Nazionale contro la tubercolosi, di cui è presidente l'on. Paolucci, sarà inaugurata ufficialmente dal Capo del Governo il 13 marzo, in presenza di tutti i presidenti e rettori dei 92 consorzi provinciali antitubercolari, dei fiduciari della Federazione, delle alte gerarchie dello Stato, del Partito e delle organizzazioni; parlerà ai convenuti l'on. Delcroix: il discorso inaugurale sarà diffuso per radio. Nello stesso giorno, alla stessa ora, in tutte le città capoluoghi di provincia, altrettanti oratori scelti diranno agli italiani l'ammonimento e l'incitamento del soccorso ai fratelli. Il 27 marzo, giorno di Pasqua, sarà chiesta al popolo italiano l'offerta per

la campagna antitubercolare. Nei 40 giorni successivi sarà diffuso il francobollo antitubercolare.

È assicurata la collaborazione di tutte le grandi organizzazioni politiche, economiche, scolastiche e giovanili.

Il controllo preventivo obbligatorio per alcuni sieri e vaccini.

Un decreto ministeriale pubblicato dalla « Gazzetta Ufficiale » stabilisce, in base al parere emesso dal Consiglio Superiore di Sanità, l'obbligatorietà del controllo preventivo dello Stato sulla produzione a scopo di vendita dei seguenti prodotti terapeutici: *a*) anatossina difterica; *b*) sieri e vaccini contro il carbonchio ematico; *c*) sieri e vaccini contro il carbonchio sintomatico; *d*) sieri e vaccini contro il male rossino; *e*) siero antiaftoso; *f*) vaccini contro il vaiolo ovino.

Il controllo è esteso ai prodotti fabbricati all'estero, a meno che il controllo non sia già stato eseguito nel paese di produzione con garanzie equivalenti a quelle stabilite per i corrispondenti prodotti nazionali.

Sul valore della sieroterapia antidifterica.

Il R. Commissario dell'Opera Nazionale Maternità e Infanzia, S. Fabbri, ha diramato un questionario sul valore della sieroterapia antidifterica, ai direttori d'Istituti per la cura e l'assistenza dell'infanzia, ai medici provinciali e, per conoscenza, ai presidenti e delegati straordinari delle Federazioni Provinciali Maternità e Infanzia. Il questionario consta di tre parti: dati sperimentali, dati statistici, dati clinici.

La riforma dell'assicurazione infortuni.

La Corporazione delle professioni libere e delle arti, adunatasi sotto la presidenza del ministro on. Bottai, ha preso in esame il problema della riforma dell'assicurazione infortuni. In seguito a dichiarazioni del ministro, si è svolta un'ampia discussione, in esito alla quale si sono votati due ordini del giorno, proposti dall'on. Di Marzio e dal dott. Baslini.

Il problema era stato discusso anche dalla Corporazione del Commercio, adunatasi sotto la presidenza del sottosegretario on. Alfieri; nonchè da una riunione di dirigenti delle Federazioni e degli Uffici assistenziali delle Confederazioni dei Sindacati fascisti dell'agricoltura, sotto la presidenza dell'on. Razza.

Assicurazione contro gl'infortuni sportivi.

La Direzione del P. N. F., allo scopo di agevolare sempre più la diffusione fra i giovani delle varie discipline dello sport, ha istituito una speciale forma assicurativa per gli universitarii e per i giovani fascisti; essa verrà assunta in proprio dall'O. N. D. Il segretario del Partito, on. Starace, ha impartito ai segretari federali e ai segretari politici del G. U. F., mediante una circolare, le disposizioni che regolamenteranno tale assicurazione.

3° Convegno di medicina climatica e sportiva d'alta montagna.

Come abbiamo annunziato, si terrà dal 5 al 7 marzo, a Ponte di Legno. Viene organizzato dalla « Società medico-chirurgica bresciana » con l'appoggio della « Società italiana di climatologia ».

Possono prendere parte al Convegno i medici e i loro famigliari. La quota individuale è di L. 70.

Sono annunziate le seguenti comunicazioni scientifiche: prof. Mario Camis, direttore dell'Istituto di fisiologia della R. Università di Parma: « In tema di fisiologia d'alta montagna »; prof. Riccardo Galeazzi, direttore dell'Istituto di clinica traumatologica e ortopedica della R. Università di Milano: « Ponte di Legno quale sede di un Istituto Elioterapico »; prof. Emilio Alfieri, direttore della Clinica ostetrico-ginecologica della R. Università di Milano: « Soggiorno e sport di alta montagna in rapporto coll'igiene femminile ».

Per informazioni rivolgersi alla Società medico-chirurgica Bresciana, Ospedali Civili, Brescia.

In occasione del convegno, la Società predetta, in collaborazione con lo Sci Club di Ponte di Legno, indice una gara sciatoria per la disputa di un Trofeo della Società, riservata ai medici partecipanti al Convegno.

La gara si svolgerà il 7 marzo nella Zona di Ponte di Legno-Tonale.

La tassa d'iscrizione è di L. 10 per ogni concorrente.

Le iscrizioni con la relativa tassa dovranno pervenire allo Sci Club di Ponte di Legno entro le 16 del 6 marzo 1932.

Rivolgersi al presidente del Club, dott. G. Musini.

2ª Riunione internazionale di profilassi mentale.

Nell'adunanza tenutasi a Parigi il 21 settembre 1931, venne stabilito che la prossima riunione avrebbe avuto luogo nel 1932 a Parigi, in epoca da fissarsi, e vennero scelti i seguenti temi e relatori: « I servizi psichiatrici aperti » (Toulouse); « Eugenica e profilassi mentale » (Rudin); « Unificazione delle statistiche psichiatriche » (Besoit). Per informazioni rivolgersi al dott. Toulouse, Hôpital Henri Rousselle, Parigi.

9° Congresso nord-americano di stomatologia.

L'« American Society of Stomatologists » ha indetto il 9° convegno annuale del movimento stomatologico nord-americano a New York, nei giorni 28 e 29 aprile. Le sedute avranno luogo nell'Hôtel McAlpin. Saranno in discussione le tendenze stomatologiche della odontologia, dirette a raggiungere un livello tecnico, professionale e scientifico elevato.

Sono cordialmente invitati odontologi, stomatologi e medici. Per eventuali informazioni rivolgersi al segretario, Alfred J. Asgis, West Forth Street 243, New York City, S. U. d'A.

Corso d'igiene scolastica.

Anche quest'anno, nel prossimo mese di maggio, avrà luogo presso l'Istituto d'Igiene della R. Università di Genova (nella nuova sede di Viale Benedetto XV) un corso mensile teorico-pratico di Igiene scolastica per i laureati in medicina. Non sono ammessi che venti frequentanti ed alla fine del corso potrà conseguirsi, per esami, il relativo diploma. Le domande devono essere rivolte al R. Istituto d'Igiene, via Bertani 5, Genova.

Ordine dei medici della provincia di Treviso.

Un recente decreto Ministeriale nominava il Consiglio Amministrativo dell'Ordine dei Medici nella provincia di Treviso. Esso risulta così composto:

prof. M. Truffi, direttore della Clinica dermosifilopatica; prof. Alessandro Bertino, direttore della Clinica ostetrico-ginecologica; prof. Luigi Torraca, direttore dell'Istituto di patologia chirurgica; prof. A. Pagani Cesa, prof. A. G. Gasparini di Cittadella, dottori C. Quaglio e G. Barillari. Nella prima seduta vennero eletti: presidente il prof. Truffi e segretario il dott. Quaglio.

Fondazione Ella Sachs Plotz.

Durante il 1931 questa Fondazione ha fatto 26 assegnazioni per ricerche in medicina e chirurgia; di esse 19 concernono studiosi che non appartengono agli Stati Uniti.

In conformità alle direttive attuate negli ultimi anni, le assegnazioni sono state fatte prevalentemente in vista di un problema definito: le nefriti; ma si è provveduto anche per varie ricerche sulle secrezioni interne, sulle infezioni, ecc.

Le richieste per assegni per l'anno finanziario 1931-32 devono pervenire al Comitato esecutivo prima del 1° maggio 1932; vanno indirizzate al dott. Joseph C. Aub, Collis P. Huntington Memorial Hospital, Avenue Huntington 695, Boston Mass., S. U. d'A.

Donazioni e lasciti.

Il comm. B. Parascandolo ha legato circa un milione all'Ospedale dei Pellegrini di Napoli, esprimendo il desiderio che la somma sia devoluta ad una nuova sala ospedaliera intitolata al suo nome.

Il dott. David Bruce ha legato 2000 sterline, ossia 130.000 lire it., all'Istituto Lister, per studiosi che lavorano nell'Istituto. (La sua eredità è ascesa ad oltre 16.000 sterline, ossia a poco più di 1 milione di lire it.).

Un muratore deceduto a 85 anni nella Clinica Medica della R. Università Benito Mussolini di Bari, ha lasciato all'Ospedale Consorziale della città quanto possedeva, cioè un libretto di risparmio per l'importo di L. 3500 oltre gl'interessi e L. 500 in contanti. L'atto benefico del modesto operaio andava segnalato.

Nella stampa medica.

Ha interrotto le pubblicazioni il « Giornale Italiano di Scienza idrominerale e climatologica » diretto dai proff. Lavagna, Sabatini e Vinaj.

Contava un biennio di vita, durante il quale ha sollevato e dibattuto interessanti problemi nel campo, oggi un po' negletto, della specialità.

Il settantesimo compleanno di Hajek.

Con solennità insueta si è celebrato il settantesimo compleanno del prof. Markus Hajek, l'eminente laringo-rinologo di Vienna. La città gli ha conferito il titolo di « cives honoris causa ».

Lo Hajek è un « outsider »: è giunto alla cattedra universitaria senza seguire la trafila accademica; di più, egli è israelita; per questi motivi ha dovuto vincere vivissime opposizioni da parte dei tradizionalisti e degli ortodossi.

Solo nel 1918, dopo la rivoluzione, fu messo al posto pel quale era adatto: la sua fama universale attrasse immediatamente, nella clinica per le malattie del naso e della gola di Vienna, un numero di studenti stranieri certamente maggiore che tutte le altre cliniche. Si contano a centinaia i suoi allievi che occupano posti importanti nelle cliniche e negli ospedali di tutti i Paesi.

Ora egli lascerà l'insegnamento.

Il dott. Simmons.

Il dott. George H. Simmons, già redattore capo (*editor*) del « Journal of the American Medical Association », del quale ha fatto uno dei periodici medici più quotati del mondo e certo il più diffuso, ha compiuto 80 anni; in tale occasione gli sono giunte molte felicitazioni da tutti i paesi civili; gli vadano anche le nostre, cordialissime.

Egli si ritirò dal giornalismo attivo nel 1924.

Limiti d'età.

Per limiti d'età abbandona quest'anno scolastico l'insegnamento l'insigne prof. Dario Baldi, direttore dell'Istituto di materia medica e farmacologia di Pisa.

Il servizio sanitario nel Congo belga.

L'incremento del servizio sanitario del Congo belga è dimostrato dal bilancio, che, da 2,8 milioni di franchi nel 1919, è divenuto di 9,5 milioni di franchi nel 1930; pur tenendo conto della svalutazione del franco belga, risulta chiaro che si tratta di uno sviluppo imponente. Nel bilancio del 1930 figuravano 136 medici coloniali titolari, 24 aggregati, 1 con assegno di studio, 7 farmacisti, 1 dentista, 3369 ausiliari (infermieri, infermiere, agenti sanitari, aiuti, compresi gli indigeni). Indipendentemente dai medici del servizio coloniale governativo, ve n'erano altri 130 (di cui 97 di società private, 31 delle missioni, 2 della Croce Rossa); si contavano anche 11 farmacisti privati, 5 dentisti privati, numerosi ausiliari.

Dal 1929 il servizio sanitario coloniale è autonomo.

Vi ha molta parte l'elemento italiano.

Emetina di Stato in Turchia.

La dissenteria amebica è molto diffusa nelle province meridionali della Turchia, ma il trattamento emetinico, di riconosciuta efficacia, non può essere facilmente attuato, a causa dell'alto prezzo del rimedio, in rapporto agli scarsi proventi di molta parte della popolazione; perciò il ministro della sanità e dell'assistenza sociale ha ordinato la preparazione di ampolle d'emetina, per il rifornimento gratuito agli indigenti.

Incerti professionali.

Il « Siglo Médico » (13 feb. 1932) reca notizia che il medico condotto di Cabezas del Villar (Avila), mentre era in visita, venne assalito dalle donne del paese a colpi di pietra. Il tentativo di lapidazione venne fermato dall'intervento della Guardia Civica. Il Governatore ha condotto un'inchiesta, da cui risulterebbe che il Centro Operaio aveva sobillato l'elemento femminile contro il medico; perciò il Centro è stato chiuso e il presidente multato.

Auto-intervento.

Rileviamo dal « Siècle Médical » che il dottor Evan O' Neill Kane si è operato da sè di un'ernia inguinale; dieci anni or sono egli si era già operato di appendicectomia.

Il prof. UGO SOLI, deceduto improvvisamente a Palermo il 1° febbraio tra il generale rimpianto, era nato a Milano il 1° luglio 1880 e aveva compiuto gli studi medici a Modena. Quivi egli aveva frequentato gli Istituti di Sperino e Carbone e poi si era affiancato al Dionisi, che lo predilesse tra i suoi allievi e lo portò con sè a Palermo. Durante il quadriennio 1916-1919 il Soli sostituì il Maestro, andato in servizio militare. Dopo che il Dionisi, nel 1922, fu chiamato a Roma, il Soli venne incaricato dell'insegnamento di anatomia patologica a Sassari; nel 1925, in esito a concorso, fu nominato titolare di questa disciplina a Bari, donde poi passava a Palermo.

Il Soli ha compiuto una serie ingentissima di studi originali, che lasceranno una impronta durevole nella scienza.

Per lungo tempo la sua attenzione fu richiamata dai cómpiti misteriosi del timo. Attraverso una mole imponente di ricerche sperimentali e di studi anatomo-patologici sugli stati timici e timico-linfatici, egli illustrò l'importanza di quell'organo nel ricambio del calcio e del fosforo ed i rapporti di esso con altri organi endocrini, in particolare con le glandole genitali. Un altro problema da lui indagato a fondo fu la permeabilità placentare; in specie egli mise in evidenza le alterazioni anatomiche della placenta nell'eclampsia. Durante questi ultimi tempi egli indirizzò gli studi propri e della sua scuola verso la patogenesi della tubercolosi; precisò i processi di guarigione della tubercolosi polmonare, indagò il linfotropismo del virus tubercolare ecc. Collaborò col Manfredi nel compiere le prime ricerche sull'ultrafiltrabilità del virus tubercolare, ricerche brillantemente riprese, completate e approfondite da Sanarelli e Alessandrini e che richiedono un tecnicismo perfetto.

Abbiamo accennato solo ai principali contributi portati dal Soli alla scienza; ma ve ne sono molti altri, che non possono trascurarsi: riguardano la patogenesi dell'arteriosclerosi (questo studio gli valse il premio Marchiafava dei Lincei), il potere emuntorio della parete intestinale (sulla falsariga di Sanarelli), il potere battericida della mucosa intestinale, la leucodiapedesi gastrica, il potere di eliminazione delle tonsille e dell'appendice vermiforme ecc. ecc. Ognuno di questi studi segna una conquista, una dimostrazione, un successo.

Contribuì a fondare una scuola medica palermitana.

L'anatomia patologica era da lui vivificata e veniva ad essere quasi rinnovata. Le sue virtù animatrici si rivelavano anche nei riguardi degli allievi, in cui riaccendeva gli entusiasmi e cui insegnava a superare le difficoltà e gli scoraggiamenti che le ricerche scientifiche comportano. Quale insegnante era di una limpidezza inarrivabile: gli argomenti più astrusi venivano da lui resi accessibili, perchè li aveva prima fatti interamente proprî.

Nell'ambiente palermitano si era conquistato larghissime simpatie ed alta estimazione, di cui furono una prova i funerali, di grandiosità insueta.

A.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Presse Méd., 18 nov. — F. BEZANÇON e A. JAQUELIN. Asma e febbre. — P. CHUTRIOT. Choc vaccinico e biotropismo.

Gac. Méd. Españ., nov. — H. TELLEZ-PLASENCIÁ. Insulina ed eccitabilità neuro-vegetativa.

Deut. Med. Woch., 20 nov. — VON BERGMANN. Clinica delle malattie epatiche. — GRASSMANN. L'insufficienza cardiaca.

Med. Klinik, 21 nov. — K. BINGOLD. Affezioni infettive della porta. — H. ALAPY. Cura operativa del Basedow.

Arch. It. di An. e Ist. Pat.. sett.-ott. — A. DIONISI. Milza ed emolisi — L. BIANCALANA. Patogenesi delle emorroidi. — A. ROBLES. Ultravirus tbc. umano.

Zbl. f. Chir., 21 nov. — E. LEXER. Errori diagnostici negli osteosarcomi. — P. ESAU. Strumi retrosternali.

Journ. d. Prat., 21 nov. — N. FIESSINGER. Il metodo comparativo in patologia.

Journ. A. M. A., 7 nov. — B. N. BENGTON. Terapia pituitarica nell'alopecia. — D. C. SUTTON. Dolore cardiaco.

Brit. Med. Journ., 21 nov. — D. DONGAL. Endometrosi e endometromi.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 15 nov. — G. HANAU. Una malattia che scompare: la colite membranacea.

Folia Med., 15 sett. — SCALA. Ipofisi e blastomi.

Morgagni, 15 nov. — S. FAMULARI. Simbiosi tifo-melitense.

Nederl. Tijd. v. Geneesk., 21 nov. — E. BEHR. Patogenesi della silicosi polmonare.

Surg., Gyn. a. Obst., nov. — A. LINDAU e H. WULFF. Genesi peptica dell'ulcera gasr. e duod. — J. L. IONA. Pieloscopia. — M. MORGEN. Tbc. della mammella.

Bull. Ac. de Méd., 10 nov. — E. BRUMPT. Il cancro in Egitto.

Münch. Med. Woch., 20 nov. — CLAIRMONT e MEYER. Prevenzione e trattam. delle infezioni piogene e putride accidentali delle ferite. — GIERTHMÜHLEN. Ipotensione nell'infanzia.

Riv. di Pat. e Clin. d. Tuberc.. 31 ott. — A. CAMPANI e R. BALDI. La tbc. cervico-apicale in confronto alla tbc. ileo-centrale. — G. PORTOGHESI. Struttura del nodulo tubercolare. — D. BETTINI. Paralisi infant. e tbc. polm.

Soc. Méd. d. Hôp., 6 nov. — A. TZANCK. Trattam. delle emicranie con tartrato d'ergotamina. — P. EMILE-WEIL. Artropatie emofiliache.

Arch. Mal. du Coeur ecc., nov. — C. ACHARD e al. Meccanismo della sedimentaz. globulare. — P. WEIL. Influenza della puntura lombare sul ritmo card.

Mediz. Welt, 28 nov. — Numero speciale sulle malattie reumatiche.

Med. Klinik, 27 nov. — H. SELLHEIM. Ginnastica femminile nella pratica medica. — R. MAYER. L'asma come diatesi vasoneurotica.

Lancet, 28 nov. — S. HANDLEY. Mastite cronica.

Brit. Med. Journ.. 28 nov. — P. STOCKS. Lotta contro le epidemie di morbillo.

Studium, 1 nov. — M. PICCALUGA. L'amilasi, nel siero e nelle urine.

Giorn. d. Cl. Med., 20 nov. — U. SIMONDI. Il sistema nerv. veget. nell'encefalite epid. cron.

Marseille-Méd., 15 sett. — C. ROCHE. Il mito della cataratta matura.

Bull. Ac. de Méd., 17 nov. — J. OLMER. Febbre esantematica provocata.

Ann. Institut Pasteur, nov. — W. TWORT. Gli agenti batteriolitici filtrabili e trasmissibili. — F. D'HERELLE. Il fenomeno di Twort e la batteriofagia. — J. TROISIER e al. Febbre esantematica inapparente.

Gazz. d. Osp. e d. Cl., 22 nov. — G. NORSA. Ormoni genitali.

Rev. de Hig. y Tub., 30 sett. — E. SAN EMETERIO. Formula leucocitaria e tbc.

Paris Méd., 21 nov. — Numero di medicina sociale.

Giorn. Veneto di Sc. Med., ott. — G. BRUNETTI. Tumori maligni delle tonsille palatine; cura. — M. VOLTOLINO. Angioma cavernoso della dura madre encefalica.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 nov. — Numero di medicina legale e sociale.

Rev. Méd. de Barcelona, ott. — F. DURÁN-REYNALS. Azione di nuovi fattori di origine tissilare sulle infezioni e sul cancro.

Ind. Journ. Med. Res., ott. — G. SHANKS e M. N. DE. Idropisia epidemica. — T. A. HUGHES e D. L. SHRIVASTAVA. L'anemia in malarici splenomegalici. — R. ROW. L'agglutinaz. nella leishmaniosi.

Journal A. M. A., 14 nov. — H. C. STERMAN. Chimica della nutrizione. — A. H. ROWE. Allergia gastro-intestin. — L. G. ROWNTREE. Trattam. del morbo d'Addison con ormone corticale di glandola surrenale.

Münch. Med. Woch., 27 nov. — SCHMIDT. Clinica degli stati morbosi neuro-paratireogeni. — REITLER e LÖWENSTEIN. Reumat. artic. acuto e bacillemia tbc.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

Stelloncino pei ritardatari

Coloro che fino ad oggi non hanno effettuato ancora il pagamento del proprio abbonamento, sono caldamente pregati di non frapporre ulteriore indugio, onde non obbligarci a dover fare uso di sollecitazioni *"ad personam„*, mediante circolari o cartoline, le quali se riescono poco gradite a chi le riceve, altrettanto e più esse non lo sono per noi che, al poco gradito compito, si aggiunge l'onere delle occorrenti spese postali. *L'Amministrazione*

Staccare seguendo la perforatura ....

☞ Il sistema più comodo ed economico per l'invio di somme all'editore LUIGI POZZI, di Roma, sia per abbonamento al Giornale «IL POLICLINICO», o agli altri suoi periodici: «CUORE E CIRCOLAZIONE» - «LA CLINICA OSTETRICA» - «IL VALSALVA» - «IL DIRITTO PUBBLICO SANITARIO» e si per l'acquisto di PUBBLICAZIONI DI MEDICINA, CHIRURGIA ED IGIENE, è quello del CONTO CORRENTE POSTALE.
Per valersene basta staccare il qui sotto annesso bollettino, riempirlo e consegnarlo all'Ufficio Postale più vicino, assieme al denaro che si vuole spedire.

(Staccare il Bollettino sulla presente tracciatura) ....

Amministrazione delle Poste e dei Telegrafi
SERVIZIO DEI CONTI CORRENTI POSTALI

Certificato di allibramento

Versamento di L. ....

eseguito da ....

....

residente in ....

via ....

sul c/c N. **1/5945**

intestato a: Luigi Pozzi, editore
Roma - Via Sistina, 14

Addì 193

Bollo lineare dell'ufficio accettante

Bollo e data dell'Ufficio accettante

N. ....
del bollettario ch 9

Vedi a tergo la causale (*facoltativa*), e la dichiarazione di allibramento.

Indicare a tergo la causale del versamento

Amministrazione delle Poste e dei Telegrafi
Servizio dei Conti Correnti Postali

Bollettino per un versamento di L. ....

Lire ....
(in lettere)

....

eseguito da ....

residente in ....

via ....

sul c/c N. **1/5945** *intestato a:*
Luigi Pozzi, editore - Via Sistina, 14 - Roma
nell'ufficio dei conti di **ROMA.**

Firma del versante *Addì* 193

Bollo lineare dell'ufficio accettante

Spazio riservato all'ufficio dei conti

Tassa di L. ....

Bollo e data dell'Ufficio accettante

Cartellino numerato del bollettario di accettazione

L'Ufficiale di Posta

Mod. ch 8bis
(Edizione 1929)

Amministrazione delle Poste e dei Telegrafi
SERVIZIO DEI CONTI CORRENTI POSTALI

Ricevuta di un versamento

di L. ....

Lire ....
(in lettere)

....

eseguito da ....

sul c/c N. **1/5945** *intestato a:*
Luigi Pozzi, editore
Roma - Via Sistina, 14

Addì 193

Bollo lineare dell'ufficio accettante

Tassa di L. ....

Bollo e data dell'Ufficio accettante

L'Ufficiale di Posta

P. 10

Spazio per le comunicazioni del versante al correntista destinatario (facoltative)

Parte riservata all'ufficio dei conti

N. .... dell'operazione

Dopo la presente operazione il credito del conto è di L. ....

Il Contabile

AVVERTENZE

Il versamento in conto corrente è il mezzo più semplice e più economico per effettuare rimesse di denaro a favore di chi abbia un c/c postale.

Chiunque, anche se non è correntista, può effettuare versamenti a favore di un correntista. Presso ogni ufficio postale esiste un elenco generale dei correntisti, che può essere consultato dal pubblico.

Per eseguire il versamento il versante deve compilare in tutte le sue parti, a macchina o a mano, purchè con inchiostro, il presente bollettino (indicando con chiarezza il numero e la intestazione del conto ricevente qualora già non vi siano impressi a stampa) e presentarlo all'ufficio postale, insieme con l'importo del versamento stesso.

Sulle varie parti del bollettino dovrà essere chiaramente indicata, a cura del versante, l'effettiva data in cui avviene l'operazione.

Non sono ammessi bollettini recanti cancellature, abrasioni o correzioni.

I bollettini di versamento sono di regola spediti, già predisposti, dai correntisti stessi ai propri corrispondenti; ma possono anche essere forniti dagli uffici postali a chi li richieda per fare versamenti immediati.

A tergo dei certificati di allibramento i versanti possono scrivere brevi comunicazioni all'indirizzo dei correntisti destinatari, cui i certificati anzi detti sono spediti a cura dell'ufficio conti rispettivo.

L'ufficio postale deve restituire al versante, quale ricevuta dell'effettuato versamento, l'ultima parte del presente modulo, debitamente completata e firmata.

Tassa da pagarsi pel versamenti

Servendosi del presente Bollettino si paga:

— nei Capoluoghi di Provincia: NULLA

— negli altri uffici del Regno:

		Che si dovrebbe pagare usando vaglia postali
fino a L. 50 —	L. 0,15 invece di L.	0,80
» » » 100 —	» 0.20 » » »	1,20
» » » 500 —	» 0,40 » » »	3,50
» » » 1000 —	» 0,60 » » »	6 —
» » » 5000 —	» 1 — » » »	26 —
» » » 10000 —	» 2 — » » »	51 —

Staccare lungo la perforatura

ANNO XXXIX Roma, 7 Marzo 1932 - X Num. 10

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI.

Clinica Medica Generale della R. Università di Palermo.
Diretta dal Prof. MAURIZIO ASCOLI.

Ulteriore contributo allo studio della broncospirochetosi

(con 4 radiografie).

Dott. L. CANNAVÒ, aiuto e libero docente.

L'esistenza della broncospirochetosi in Italia è stata segnalata da alquanto tempo. Le prime osservazioni furono fatte durante la grande guerra e nel periodo immediatamente postbellico (Castellani, Jacono, Nasso, Caputi, ecc.) e negli anni successivi poi, alquanti AA. descrissero altri casi sporadicamente osservati in varie regioni italiane: Franchini, Trocello, Maderna, Dagnini e Strozzi, Cotella Cerri, Giordano, Ghetti, Cesarano, ecc., sì da far ritenere la malattia in parola piuttosto frequente da noi e probabilmente endemica.

In Sicilia, l'esistenza della broncospirochetosi è stata messa in luce dalla nostra Scuola: Fichera, nel 1929, illustrava tre casi osservati a Catania e noi stessi rendevamo noto nel 1930 il primo caso diagnosticato nella Sicilia Occidentale. Ancor più recentemente poi l'affezione in parola è stata riscontrata nella vicina Calabria, per opera di Timpano e di Talia.

Il ripetersi, a brevissimo intervallo di tempo, di casi nella nostra regione e nella Calabria, regione limitrofa alla nostra e presentante comuni con essa molte caratteristiche nosografiche, ci ha indotti a ritenere questa affezione più comune fra noi di quel che ordinariamente non si sia finora ritenuto ed a pensare che non fosse improbabile che, eseguendo metodicamente la ricerca delle spirochete nell'espettorato in tutti i casi sospetti, i riconoscimenti fossero per risultare più frequenti di quanto fino ad ora non sia avvenuto.

Procedendo infatti fra gli infermi affetti da lesioni croniche e cronicissime dell'apparato respiratorio, a tipo prevalentemente fibroso, ricoverati nella nostra Clinica o seguiti

negli ambulatori e nel dispensario antituber-colare ad essa annessi, ad un'accurata disamina per scernere le forme indubbiamente kochiane da quelle che, pur decorrendo con sindromi similtubercolari, fossero dovute ad altro agente etiologico, abbiamo potuto diagnosticare e studiare altri casi di broncospirochetosi e studiarne alcuni aspetti clinici.

I casi studiati furono:

OSSERVAZIONE I. — G... Antonio, di anni 30, calzolaio, da Castellammare del Golfo.

La madre dell'inf. (vedi oss. 2ª) soffre da circa un ventennio di un'affezione cronica afebbrile emoftoizzante dell'apparecchio respiratorio. Il padre e cinque tra fratelli e sorelle godono apparentemente buona salute; un altro fratello, attualmente emigrato in Tunisia, soffre di un'affezione cronica dell'apparato respiratorio, per la quale ha avuto delle emottisi.

Nel 1920, mentre l'inf. si trovava a Desenzano, sul Lago di Garda, per servizio militare, notò l'insorgenza di una tosse ostinata con emissione di espettorato biancastro, schiumoso, non fetido; tali disturbi si mantennero pressochè invariati per circa sei anni, accompagnati da una lieve dolenzia al torace, specie alla regione scapolare destra.

Nel gennaio 1926, notò la comparsa di espettorato ematico: gli sputi emottoici si sono allora ripetuti, quasi sempre al mattino, a brevi intervalli di tempo; la tosse non ha ceduto, i dolori toracici si sono fatti più intensi.

L'infermo non ha ricavato alcun miglioramento da varie cure praticate (calcio, arsenico, derivati del creosoto). Sembra che la malattia, nei suoi undici anni di decorso, non abbia mai provocato elevazioni termiche; durante tutto questo lungo periodo le condizioni dell'infermo si sono mantenute buone. Il p. afferma che nei numerosi esami dell'espettorato eseguiti sia durante il servizio militare che dopo, è riuscita sempre negativa la ricerca del b. di Koch. Si presenta alla nostra osservazione il 10 febbraio 1931.

Individuo brachitipo, in discrete condizioni generali di nutrizione. Torace ben conformato, che si espande ugualmente e simmetricamente; respiro a tipo diaframmatico-costale inferiore, normale per frequenza, ritmo e profondità.

La palpazione non provoca dolore in alcun punto dell'ambito toracico, nè permette la percezione di sfregamenti. Elasticità toracica normalmente conservata. Il f. v. t. appare smorzato su entrambe le regioni apicali ed alla base destra, dalla VII vertebra dorsale in giù. Alla percussione, apici retratti ed abbassati; le basi si espandono ugualmente. Zona di ipofonesi alla base toracica destra ed alle regioni soprascapolare e sopraclavicolare di ambo i lati; su dette regioni si ascolta murmure vescicolare aspro. L'esame degli altri organi non mette in evidenza alcun fatto patologico.

L'esame radiologico del torace mette in evidenza un'opacità intensa e diffusa dell'apice sinistro, che non si modifica coi colpi di tosse; l'apice destro è sede di opacità microgranulari; si osservano granuli di varia grandezza, intensamente opachi, sparsi nel parenchima polmonare, grosse arborizzazioni a travate che dall'ilo risalgono verso gli apici, ombrette rotondeggianti e cilindroidi a limiti netti in corrispondenza degli ili; presenza, in prossimità degli ili, di piccole bronchiettasie, alcune delle quali sono avvicinate ed allineate in modo da ricordare il baccello di un fagiuolo; diaframma destro deformato per la presenza di una briglia pleurica. (Radiogr. 1ª).

Nel sangue, gl. rossi 3.500.000, gl. bianchi 5400, Hb. 55. Formula leucocitaria normale. Reazioni Wassermann e Citochol, negative. Nulla di patologico all'esame delle urine.

L'espettorato mattutino, raccolto in capsula di Petri sterile, dopo accurato lavaggio della bocca con acqua ossigenata diluita, si presenta mucosalivare, lievemente striato di sangue, non fetido. Negativa in esso la ricerca del b. di Koch e di miceti patogeni; nei preparati opportunamente colorati, si osservano numerose spirochete, presentanti il classico polimorfismo della spirocheta bronchialis. Assenza di b. fusiformi.

Il 7 marzo si istituisce una terapia arsenobenzolica, praticando tutta una serie di neo per via endomuscolare; il p. ne ritrae notevole vantaggio:

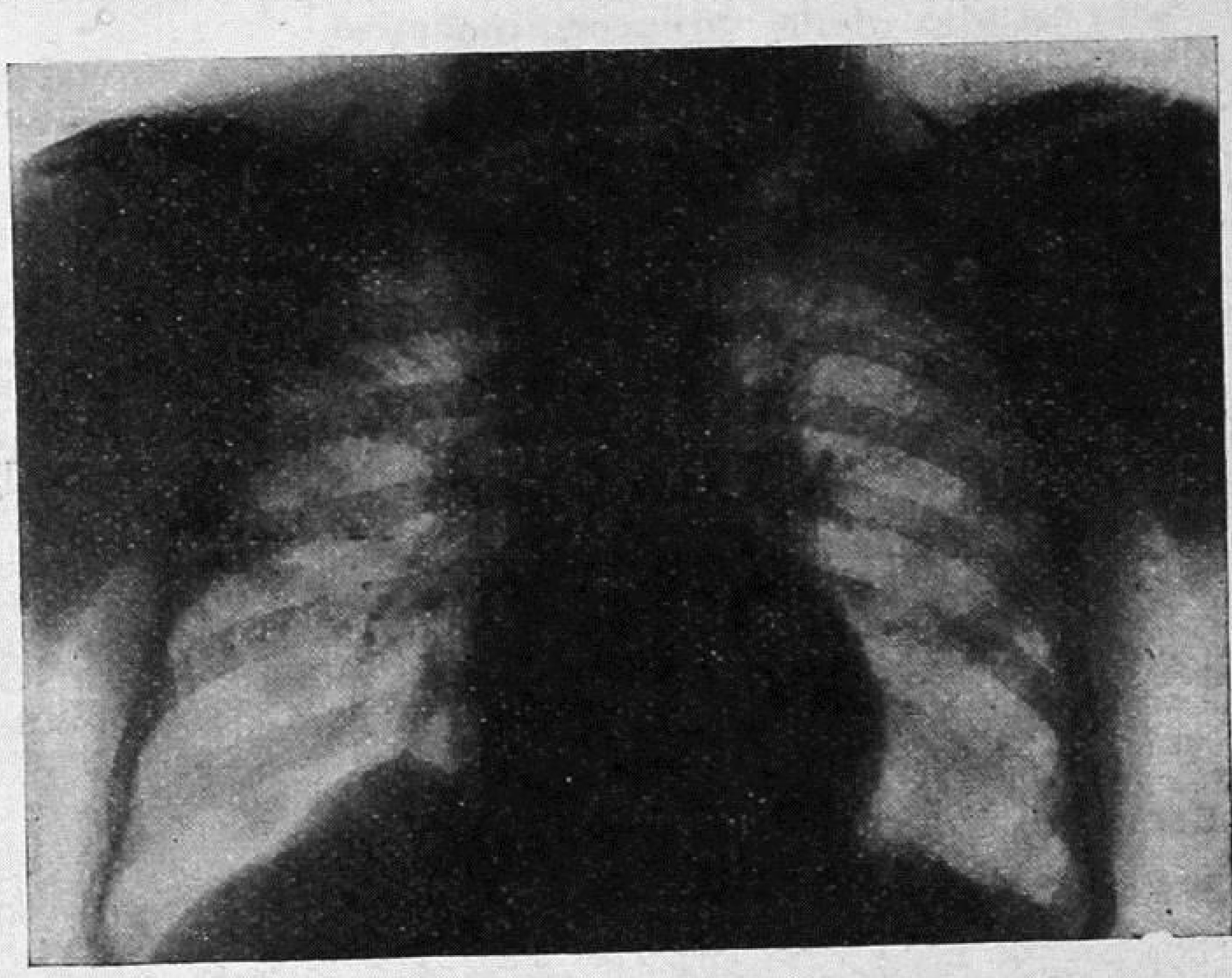


FIG. 1

al termine della serie di iniezioni, la tosse è scomparsa; l'espettorato è scarsissimo, quasi esclusivamente mattutino; le condizioni generali, già buone, sono diventate più floride. Nell'espettorato, non più emorragico da oltre un mese, le spirochete sono divenute assai rare. Sempre assenti i b. fusati di Vincent.

Terminata la serie di iniezioni endovenose di neo, il p., ritenendo di essere definitivamente guarito, decise, contro il nostro consiglio, di tornare al paese; ivi stette bene per circa un mese, attendendo alle sue abituali occupazioni; dopo tale periodo di tempo però, circa, si ripresentò una emoftoe che lo indusse a tornare alla nostra osservazione. Rivisto il 25 maggio 1931, non presentava alcuna variazione del reperto obiettivo fisico; l'esame dei radiogrammi metteva in evidenza, rispetto al precedente, una maggiore accentuazione della trama polmonare e un più cospicuo ingrandimento delle ombre ilari. L'espettorato, sempre bianco, schiumoso, inodoro, era striato di sangue; all'esame microscopico si notavano alquante spirochete.

Il 28 maggio si inizia una nuova serie arsenobenzolica, questa volta per via endovenosa; le condizioni generali del p. rifioriscono, le spirochete scompaiono dall'espettorato, la tosse diminuisce notevolmente di intensità e di frequenza. Nel set-

tembre 1931, l'infermo, a distanza di oltre due mesi dal termine dell'ultima serie di iniezioni, è ancora in ottime condizioni generali; all'esame obiettivo permane la retrazione biapicale e la smorzatura plessica alla base toracica destra, ove il murmure vescicolare appare piuttosto aspro. Ugualmente poco variato si mostra il reperto radiologico.

Osservazione II. — C... Maria, di anni 61, da Castellammare del Golfo.

Madre dell'infermo di cui all'osserv. clinica precedente. A suo dire, non ha sofferto mai di malattie degne di nota prima dell'attuale. Circa 20 anni fa, pare in seguito a cause perfrigeranti, soffrì di una affezione acuta febbrile dell'apparato respiratorio che, da un sanitario allora consultato, fu diagnosticata bronchite; guarita in pochi giorni dei fatti acuti, rimase però da allora tossicolosa; la tosse è più intensa al mattino e provoca emissione di scarse quantità di espettorato che ordinariamente è bianco, piuttosto schiumoso, di quando in quando invece è sanguinolento. Di tanto in tanto ha notato delle algie vaghe alle regioni scapolari, sopratutto a quella sinistra. Dall'epoca della pregressa bronchite, non ha più febbricitato; non ha notato alcuno scadimento delle sue condizioni generali.

È un brachitipo, di costituzione piuttosto robusta. Torace ben conformato ampio, simmetrico, che si espande normalmente negli atti del respiro; respirazione a tipo prevalentemente costale superiore, normale per ritmo, frequenza, profondità. Il f. v. t. si presenta smorzato nella regione interscapolare di entrambi i lati, sopratutto a sinistra. Alla percussione si delimita una zona di ipofonesi nella regione interscapolare sinistra, ove si ascolta murmure vescicolare aspro. La rimanente parte dell'esame obiettivo non mette in evidenza alcunchè di patologico.

Nell'espettorato, raccolto con le consuete cautele, si mettono in evidenza numerose spirochete; assenza di b. di Koch, di funghi patogeni, di b. fusiformi.

Reaz. Wassermann e Citochol, negative. Nulla di notevole nelle urine.

Si consiglia una serie arsenobenzolica per via intramuscolare, che migliora rapidamente le condizioni dell'inferma e fa scomparire quasi del tutto le spirochete dall'espettorato. Le condizioni obiettive rimangono presso a poco invariate.

Osservazione III. — D... Rosa, di anni 35, casalinga, coniugata, da Monreale.

All'età di otto anni soffrì improvvisamente di una emoftoe che durò alquanti giorni; da allora è stata sempre tossicolosa, ha notato l'insorgenza di algie toraciche sorde, ha notato che l'espettorato, che è più abbondante al mattino, è spesso striato di sangue; di tanto in tanto insorgono emoftoe più intense. Durante il lunghissimo periodo di malattia, non ha mai avuto febbre, le condizioni generali si sono mantenute discrete; l'esame dell'espettorato, ripetutamente eseguito in vari laboratori cittadini, è riuscito sempre negativo per quanto riguarda la presenza del b. di Koch.

Si presenta al nostro ambulatorio il 25 aprile 1931.

È donna di robusta costituzione fisica, tendente all'obesità. Torace valido, ampio, simmetrico, che si espande bene ed ugualmente negli atti del respiro. Alla palpazione non si percepiscono sfregamenti, nè si mettono in evidenza punti dolorosi. Il f. v. t. è smorzato in corrispondenza della regione interscapolare e nella stessa regione si nota alla percussione una lieve smorzatura del suono plessico. All'ascoltazione, nulla di notevole, ove si tolga una lieve asprezza del murmure vescicolare nella zona ipofonetica.

L'esame degli altri apparati non mette in evidenza alcunchè di patologico.

L'esame radiografico del torace mostra un aumento delle ombre ilari da ambo i lati, più accentuate a sinistra. (Radiogr. 2ª).

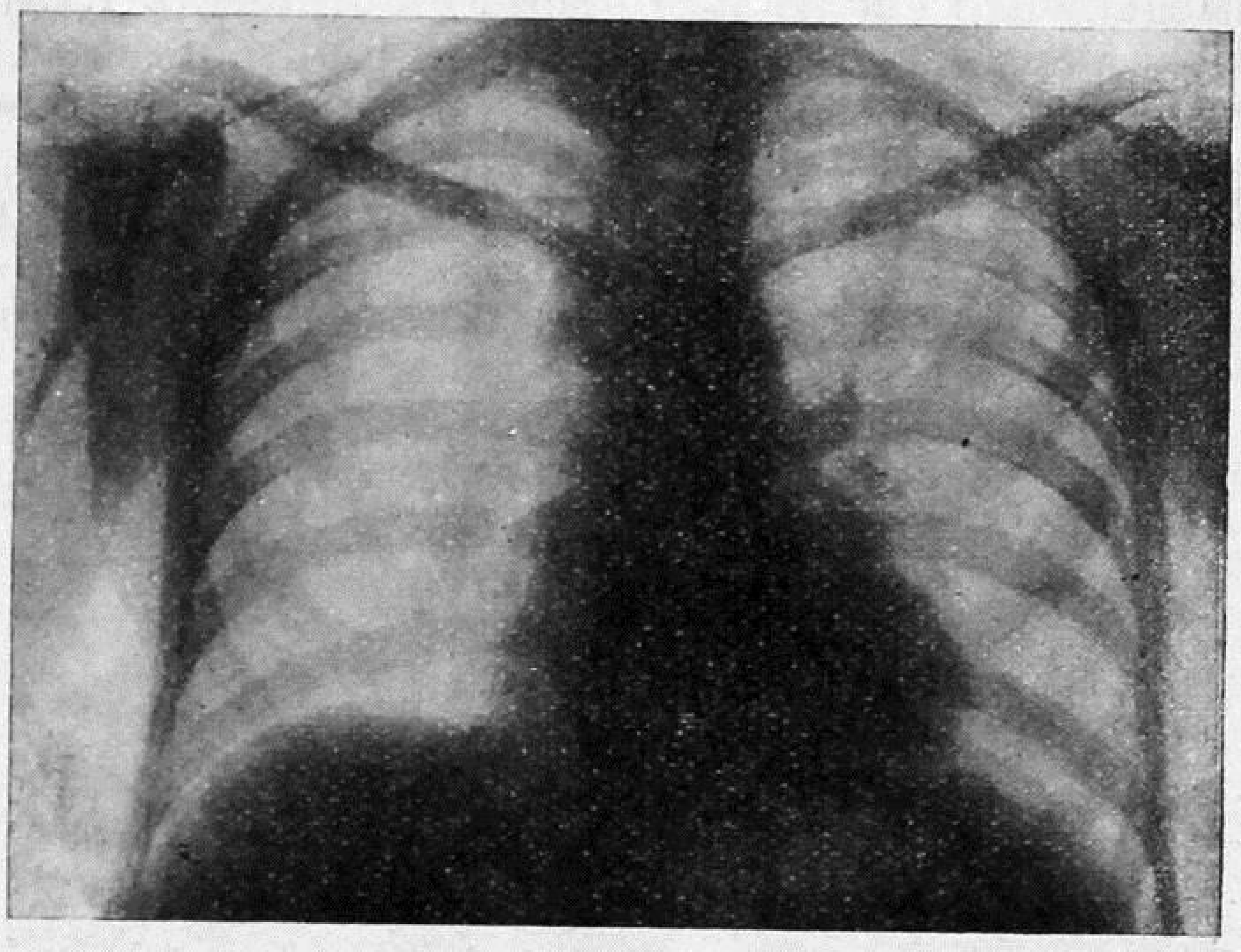


Fig. 2.

Le urine, emesse in quantità normale, sono libere da elementi patologici.

L'esame morfologico del sangue dà: gl. rossi 3.850.000, Hb. 65, gl. bianchi 5500, formula leucocitaria normale. Reazione Wassermann e Citochol, negative.

L'espettorato mattutino raccolto con le solite cautele di pulizia orale è muco-salivare, presentante qua e là qualche piccola zolla purulenta; è inodoro; presenta reazione alcalina. Sia nei preparati colorati col Ziehl diluito che in quelli colorati col Giemsa, si notano abbondantissime spirochete. Si conferma l'assenza del b. di Koch.

Iniziata subito la terapia arsenobenzolica per via endovenosa, l'inferma migliora rapidamente; diminuisce notevolmente la tosse, scompare quasi del tutto l'espettorato, l'inf. non accusa più le algie toraciche di cui soffriva in precedenza.

Ripetuto l'esame dell'espettorato il 27 luglio 1931, si osserva la quasi totale scomparsa delle spirochete. Rivista ancora l'inferma il 5 settembre, essa non accusa più alcun disturbo; nello scarsissimo espettorato raccolto, che non è più ematico da oltre tre mesi, non si osservano più spirochete.

Come era prevedibile, ben scarse invece sono state le modificazioni sia fisiche che radiologiche dei reperti toracici.

Osservazione IV. — D... Maria, di anni 23, lavandaia, da Palermo.

Nessun dato importante nel gentilizio e nell'anamnesi remota. Da circa quattro anni, in seguito, pare, ad un violento raffreddore, ha notato dolori toracici sopratutto alla spalla sinistra,

tosse seguita da espettorato muco-purulento a volte striato di sangue; non ha notato decadimento delle forze nè deperimento; non sa dire se ha avuto temperature febbrili. Nel gennaio u. s., in seguito ad una perfrigerazione, ha emesso numerosi sputi francamente emottoici.

Si presenta al nostro ambulatorio il 20 aprile 1931.

Normotipo. Stato di nutrizione piuttosto decaduto. Il torace è simmetrico; si nota un accenno di scapole alate; le due metà toraciche si espandono bene ed ugualmente; il respiro è prevalentemente costale superiore, normale per ritmo, profondità, frequenza. Con la palpazione non si mettono in evidenza punti dolorosi nè si percepiscono sfregamenti; l'elasticità toracica è normale; il f.v.t. viene percepito indebolito nelle regioni sopra e sottospinosa, sopraclavicolare e interscapolo-vertebrale sinistra e su entrambe le basi. Alla percussione, l'apice sin. appare abbassato e retratto, il campo di Krönig di sin. misura 2 cm. meno che l'omologo di destra; si nota una zona di ipofonesi su

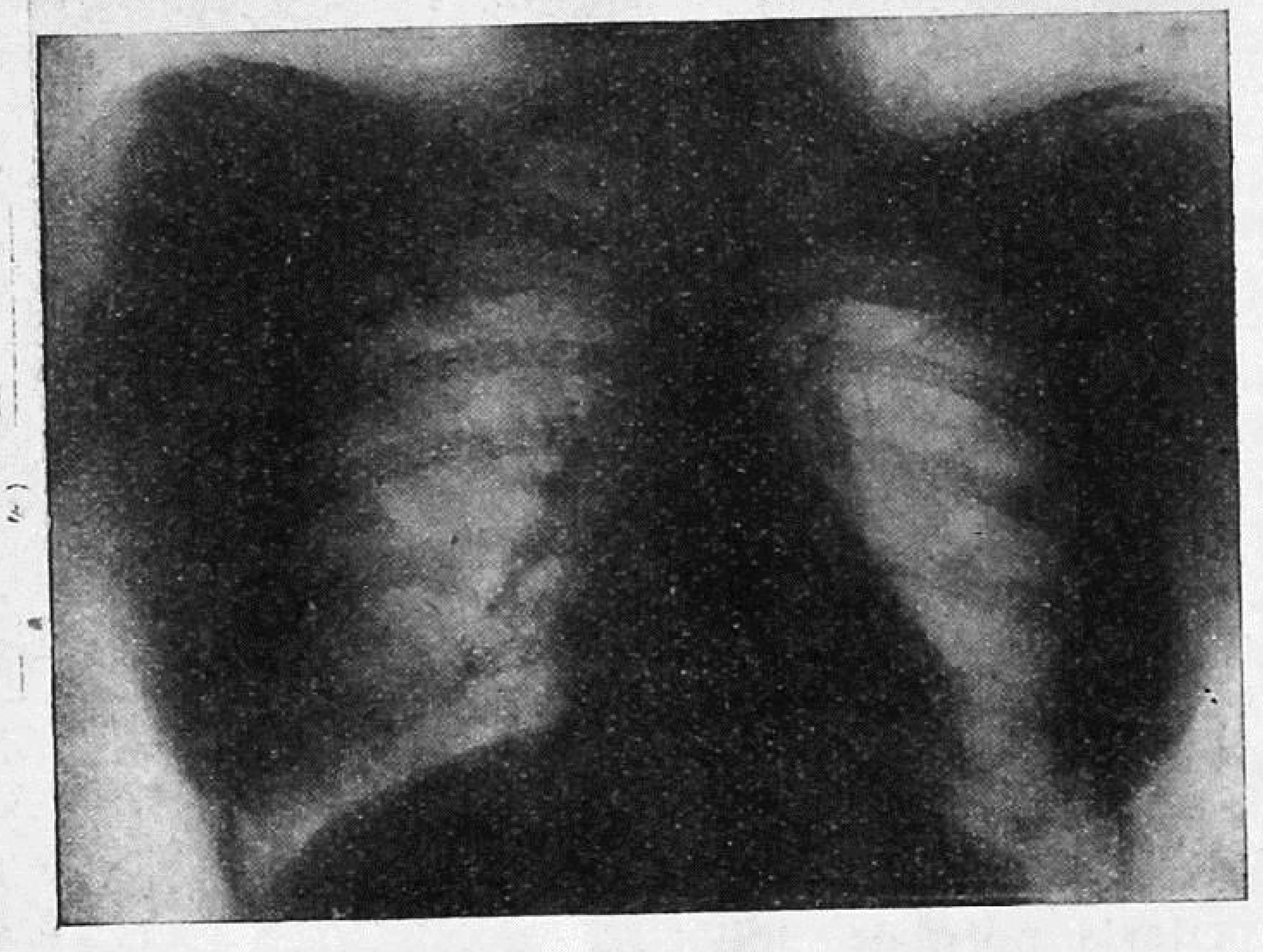


FIG. 3.

tutta la zona apicale sinistra e su entrambe le basi, dalla IX costola in giù. All'ascoltazione, respiro aspro all'apice sinistro, qualche ronco alle basi; murmure vescicolare normale su tutto il resto dell'ambito.

Nulla di notevole agli apparati digerente, cardiovascolare, urogenitale, ed al sistema nervoso.

All'esame radiografico si osserva l'apice sinistro abbassato ed opacato; l'opacità, intensa ed uniforme, non si modifica con gli atti del respiro nè coi colpi di tosse; gli ili appaiono ingranditi, sopratutto il corno inferiore. Il disegno polmonare è notevolmente rinforzato e la trasparenza dei polmoni è ridotta su tutto l'ambito. Gli spazi costo-diaframmatici sono trasparenti; la mobilità del diaframma è scarsa in entrambi i lati. (Rad. 3ª).

All'esame morfologico del sangue, si ha: gl. rossi 3.800.000, gl. bianchi 5300, Hb. 65; formula leucocitaria normale. Reaz. Wassermann e Citochol, negative.

Nulla di patologico viene messo in evidenza dall'esame delle urine.

L'espettorato mattutino, raccolto in recipiente sterile dopo accurata pulizia del cavo orale, è biancastro, schiumoso, muco-salivare, inodoro; presenta qua e là delle striature di sangue. Nei preparati opportunamente colorati si osservano numerosissime spirochete bronchiali; assenza di b. di Koch, b. fusiformi, miceti patogeni.

Viene iniziata tosto una cura arsenobenzolica per via venosa; si ha presto un miglioramento notevole delle condizioni dell'inferma; scompare tosto il sangue dall'espettorato, migliora lo stato generale, diminuisce notevolmente l'espettorazione. Un esame degli scarsi escreati, praticato il 5 giugno 1931, mostra la scomparsa totale delle spirochete; lo stato obiettivo del torace rimane invece, sia fisicamente che radiologicamente invariato.

*
* *

Jacono, nella sua pregevole monografia sulle pseudotubercolosi, distingue ben cinque forme cliniche di spirochetosi bronchiale cronica: la prima di esse è caratterizzata da espettorato muco-purulento emorragico, la seconda ha come nota saliente una espettorazione nettamente purulenta, la terza un'espettorazione putrida, la quarta è caratterizzata dal ripetersi di accessi asmatici e la quinta infine, secondaria a rinofaringite spirochetica, si accompagna ai segni delle lesioni delle prime vie del respiro. Di tali forme, nei non molti casi finora descritti, in Italia è stata osservata quasi sempre la prima ed a questa medesima prima forma appartengono indubbiamente i quattro casi che abbiamo sopra descritti; alcuni di essi hanno avuto inizio subdolo ed andamento ipercronico fin dal principio, in altri invece la cronicizzazione della malattia si ebbe dopo un breve periodo acuto febbrile, interpretato dagli infermi come raffreddore o come bronchite. Detti casi presentano indubbiamente numerose caratteristiche comuni, le più notevoli delle quali sono:

1) Il decorso cronicissimo che, con alternative varie di miglioramenti e di peggioramenti, si prolunga per interi decenni.

2) La discordanza fra il decorso in apiressia della lesione, il modesto grado dei fenomeni apprezzabili plessicamente, ascoltatoriamente e radiologicamente e alcuni segni che, come la tosse ed il ripetersi dell'emissione di espettorato emottoico, fanno sospettare una persistente attività del focolaio morboso.

3) La scarsa o nessuna compromissione dello stato generale.

Quanto è stato osservato nei nostri casi, conferma l'assenza di sostanziali differenze radiografiche fra broncospirochetosi cronica e tubercolosi polmonare cronica a tipo fibrosclerotico; l'osservazione attenta dei radiogrammi però fa notare alcuni dati (interessamento prevalente delle regioni ilari; adenopatia ilare; presenza di piccole bronchietta-

sie a rosario; fibrosi peribronchiale, più spiccata in corrispondenza dei grossi bronchi, ma estesa anche alle ramificazioni più sottili; mancanza di calcificazioni ilari; assenza di alterazioni a tipo essudativo) che, come ben rileva Cola, se pur non strettamente caratteristici di questa forma morbosa, si riscontrano però in essa con particolare predilezione.

Anche nei casi da noi sopra riportati, la diagnosi, clinicamente già chiara, fu confermata in ogni caso dall'abbondante reperto di spirochete specifiche nell'espettorato e dal criterio terapeutico dei vantaggi ricavati per mezzo della cura arsenobenzolica.

La natura stessa delle lesioni ha fatto sì, come precedentemente da noi stessi era stato rilevato in un caso precedentemente illustrato, che il miglioramento provocato dai sussidi terapeutici instituiti, si limitasse quasi esclusivamente ad alcuni fenomeni quali la tosse, l'espettorato, le emoftoe; ben modeste invece furono le variazioni dei reperti toracici, poco discutibili per la stessa natura fibrosa dei processi di cui erano esponenti, di modificazioni anatomiche notevoli.

***

Assai meno frequenti, o forse meno studiate delle forme croniche, sono le forme subacute e le acute di spirochetosi bronchiale. Crediamo pertanto non essere priva di interesse l'esposizione del caso seguente di bronchite spirochetica subacuta febbrile, recentemente capitato alla nostra osservazione:

OSSERVAZIONE V. — S... Francesca, di anni 26, da Castellammare del Golfo.

L'inferma, che è moglie del paz. G. Antonio, di cui all'osservazione I[a], non presenta alcun rilievo degno di nota nel gentilizio e nell'anamnesi personale remota. Sposata da quattro anni, ha avuto una sola gravidanza, normalmente condotta a termine; il bambino gode apparentemente buona salute.

Nel gennaio 1931, cominciò a notare delle algie vaghe al torace, sopratutto alle regioni scapolari; da una diecina di giorni circa, presenta tosse con scarso espettorato mucoso e una temperatura febbrile ad andamento irregolare, con massimi, talvolta serali, talvolta mattutini, di 38°-38°,5; le remissioni febbrili sono accompagnate da profusa sudorazione. Si presenta al nostro ambulatorio il 10 febbraio 1931.

È donna di mediocre costituzione fisica; stato di nutrizione discreto; sanguificazione scarsa; masse muscolari discretamente sviluppate, toniche; cellulare sottocutaneo piuttosto abbondante. Temperatura 37°,5, polso 90, resp. 24.

Il torace è ampio e ben formato; il respiro, prevalentemente costale superiore, è ritmico, piuttosto superficiale, aumentato di frequenza; i due emitoraci si espandono ugualmente e normalmente; l'elasticità toracica è ben conservata. Si nota una diminuzione del fremito vocale tattile su entrambe le basi toraciche, più spiccato a destra, ed alle fosse sopraclaveare e sopraspinosa di destra; la percussione fa rilevare una smorzatura del suono plessico su dette regioni; all'ascoltazione, alle basi, specie a destra, numerosi rantoli a grosse e medie bolle in- ed espiratori; murmure vescicolare aspro all'apice destro.

Nulla di notevole all'apparato cardiovascolare, all'addome, al sistema nervoso. Fegato e milza nei limiti fisiologici.

All'esame radiologico dell'apparato respiratorio si osserva: l'apice destro è abbassato ed opacato; l'apice sinistro presenta invece trasparenza normale. Nulla in corrispondenza delle zone sottoclavicolari. L'interlobo inferiore destro è inspessito. Gli ili appaiono ingranditi e a contorni sfumati;

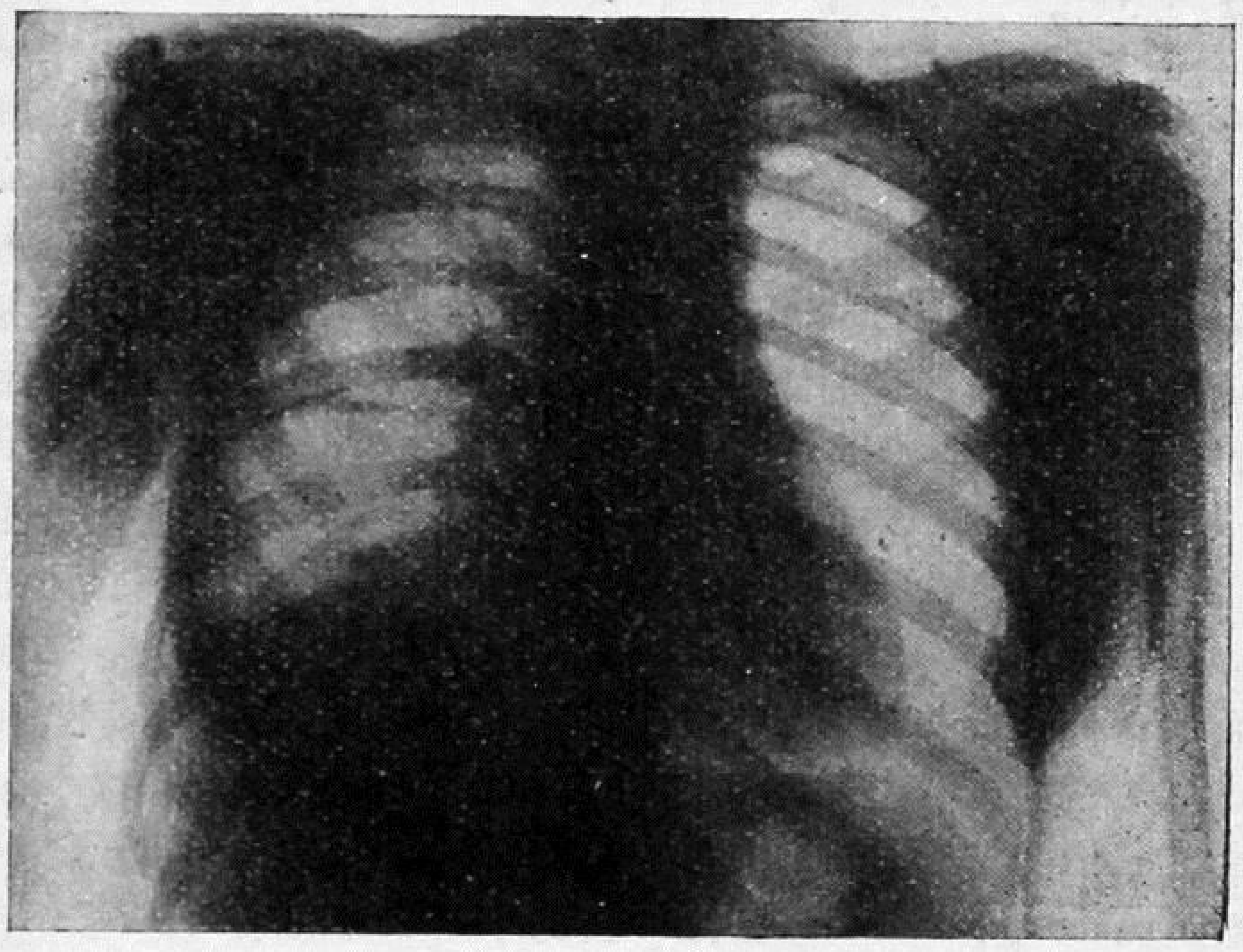


FIG. 4.

grosse travate si irradiano dal corno inferiore degli ili verso il diaframma. La pleura destra è opacata in corrispondenza della base. L'angolo costodiaframmatico è opacato, il diaframma è immobile, fissato in posizione inspiratoria. A sinistra le escursioni diaframmatiche sono normali, il seno costo-diaframmatico è trasparente. (Radiogr. 4[a]).

Nel sangue si ha: gl. rossi 3.700.000, gl. bianchi 6200, Hb. 55, piastrine linfociti 20, monociti 7,5. Reaz. Wassermann negativa. Sierodiagnosi per tifo, paratifi A e B e m. melitense, negativa. Emocultura negativa.

L'esame delle urine non mette in evidenza alcunchè di patologico.

L'esame dell'espettorato, raccolto con le solite cautele di pulizia del cavo orale, mette in evidenza numerose spirochete bronchiali; assenza di altri germi specifici.

Il 15 febbraio si inizia una cura arsenicale con stovarsolo, cominciando con mezza compressa al giorno ed aumentando gradatamente fino a due compresse. Dopo circa dieci giorni di cura stovarsolica, si produce un evidente miglioramento: la febbre non raggiunge i massimi a cui già perveniva e scompare definitivamente al tredicesimo giorno di cura; la tosse diminuisce notevolmente e le spirochete scompaiono rapidamente dall'espettorato. Dopo quindici giorni di cura, l'inferma, richiamata al paese da cure familiari, trascura ogni terapia; non per questo peggiorano le sue condizioni, anzi si nota un manifesto migliora-

mento. Il 20 aprile, apirettica già da oltre un mese, inizia una seconda serie stovarsolica e continua a prendere il medicinale per oltre un mese. Osservata nuovamente il 14 luglio, quando la guarigione apparente datava già da alquanti mesi e l'inferma da parecchio tempo era tornata alle sue cure abituali, non lamenta alcun disturbo; obiettivamente permangono solo una lieve ipofonesi alla regione sopraspinosa ed alla base destra.

La forma acuta o subacuta febbrile di spirochetosi bronchiale, stando alla letteratura, da noi poco conosciuta è stata oggetto di interessanti studi clinici per opera di Violle e di Peyrot. Come nel nostro, anche nei casi osservati da questi AA., la febbre aveva un andamento irregolare, con massimi che difficilmente superavano i 38°,5; spesso, fra i periodi febbrili si intercalavano periodi di apiressia; le emoftoe non erano frequenti nè costanti e i fenomeni obiettivi toracici non avevano nulla di caratteristico. Casi simili vennero recentemente descritti anche da Enescu e Bercovici e da Timpano.

È innegabile che dette forme sono di difficile diagnosi: la banalità delle lesioni bronchiali, la scarsa elevatezza della febbre, la modesta o addirittura nulla compromissione dello stato generale, difficilmente fanno sospettare al medico la vera natura dell'affezione e gli ammalati, ritenuti affetti da semplici bronchiti catarrali od influenzali, cronicizzano spesso, dando poi origine a forme ipercroniche di spirochetosi bronchiale, simili a quelle descritte nelle osserv. precedenti (1, 2, 3, 4). Nel nostro caso, la valutazione del fattore di contagio familiare, le piccole emoftoe comparse, la febbricola, fecero pensare alla spirochetosi e l'esame dell'espettorato confermò il giudizio diagnostico; è degna di interesse anche la guarigione in seguito a cura stovarsolica.

In contrapposizione alla scarsa contagiosità delle forme croniche, è stata descritta una contagiosità notevole delle forme acute, le quali danno spesso luogo a vere e proprie epidemie, come ad es. quella di Marsiglia del 1924, descritta da Peyrot; nel caso nostro, forse perchè la diagnosi fu tempestiva e la cura fu iniziata subito, prima che l'inferma potesse essere di contagio a terzi, non fu osservata alcuna diffusione della malattia.

*
* *

I casi sopra riportati suggeriscono alcune considerazioni:

1) La broncospirochetosi può essere ritenuta endemica in Sicilia e nell'Italia Meridionale. Dei casi studiati nella nostra scuola, molti sono stati osservati in persone che mai o quasi mai si erano mosse dal paese nativo e nelle quali una accurata indagine anamnestica non ha potuto far sospettare altro che un contagio autoctono.

2) Non ostante che alcuni casi decorrano senza evidente contagiosità, si notano spesso casi di contagio e piccole epidemie di spirochetosi bronchiale. Tre dei nostri casi sono stati osservati in persone della stessa famiglia, insieme conviventi; dalle notizie raccolte risulta ancora che un quarto membro della medesima famiglia, attualmente emigrato in Tunisia, presenta un'affezione ipercronica emoftoizzante dell'apparecchio respiratorio nella quale può essere sospettata una broncospirochetosi.

3) Delle numerose maschere cliniche che possono essere assunte dalla spirochetosi di Castellani, fra noi prevale la forma cronicissima pseudotubercolare: si tratta di infermi sofferenti da molti anni (in uno dei nostri casi perfino 27 anni!) di disturbi dell'apparato respiratorio: tosse frequente, più accentuata di espettorato biancastro, schiumoso, non fetido, spesso striato di sangue o addirittura di lesioni a tipo fibroso di entità piuttosto modica. La diagnosi viene spesso sospettata per la discordanza fra alcuni fenomeni che deporrebbero per la evolutività del processo (tosse, emoftoe, dolori toracici, talvolta anche febbricola) e il mantenersi dello stato generale buono, nonchè sopratutto la scarsa entità delle lesioni rilevabili sia clinicamente che radiologicamente dopo anni ed anni di malattia.

Non debbono poi essere assai rare fra noi anche le forme di bronchite spirochetica acuta febbrile: dette forme sfuggono alla diagnosi etiologica e vengono confuse facilmente con banali bronchiti catarrali.

RIASSUNTO.

L'A. illustra cinque casi di spirochetosi bronchiale da lui osservati in Sicilia, di cui quattro si riferiscono a forme cronicissime pseudotubercolari ed uno a bronchite spirochetica subacuta. Ritiene che la malattia in parola è da noi più frequente di quanto finora non si sia ritenuto e che la ricerca sistematica delle spirochete nell'espettorato in tutti i casi dubbi svelerebbe assai probabilmente l'esistenza di molte forme che attualmente sono misconosciute.

BIBLIOGRAFIA.

Oltre alla letteratura citata nel mio precedente lavoro (Riforma Medica, 1930, n. 17), cfr. altresì:
1) VIOLLE. Presse Médicale, 1918, n. 3.
2) PEYROT. Marseille Médicale, 1924, p. 391.
3) CHARTRES, LAFERRIÈRE et FARAH. Ibid., 1924, p. 670.
4) MADERNA. Riforma Medica, 1926, n. 22.
5) GHETTI. Arch. ital. Scienze Med. Colon., 1929, n. 4.
6) TALIA. Radiologia Medica, 1930, p. 1370.
7) FRANCO. *Le pseudotubercolosi e le sindromi pseudotubercolari del polmone.* Napoli, Idelson edit., 1930.
8) BOCCIA. Revista Sud-Americana de Endocrin., Immunol. y Quimioterapia, 1931, p. 214.
9) ENESCU et BERCOVICI. Annales de Médecine, 1931, p. 423.
10) TIMPANO. Policlinico, Sez. pratica, 1931, p. 804.
11) COLA. Archivio di Radiologia, 1931, n. 3.
12) CESARANO. Arch. Ital. Scienze Med. e Colon., 1931, n. 2.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Istituto di Clinica Chirurgica della R. Università di Roma
diretto dal Prof. R. ALESSANDRI.

Cisti connettivali del cordone spermatico.

Dott. CORRADINO GIACOBBE, aiuto volontario.

Le cisti del funicolo spermatico, pur non presentando un notevole interesse clinico, meritano tuttavia particolare considerazione nei riguardi della loro patogenesi. Lo studio di esse viene generalmente trascurato; le osservazioni note sono infatti per lo più incomplete e non sempre corredate da accurati esami istologici, che sono tanto indispensabili per chiarirne la genesi.

Credo pertanto utile prima di illustrare alcuni casi occorsi alla mia osservazione e riferentisi a « *cisti funicolari connettivali* », varietà eccezionale, di cui la patogenesi è ancora oggetto di discussione tra i patologi, di riassumere brevemente quanto si conosce sui tumori liquidi del funicolo spermatico.

Il funicolo, come è noto, è costituito dal dotto deferente con la sua arteriola (deferenziale), dai vasi spermatici interni, dai linfatici testicolari, dall'arteria funicolare (o spermatica esterna) e da fili nervosi del grande simpatico.

Tali formazioni sono riunite da lasso tessuto connettivo, che ne permette la facile dissociazione; il funicolo è inoltre avvolto da una guaina dello stesso connettivo che continua quello sottoperitoneale e che contiene fibrocellule muscolari, scoperte da Henle col nome di cremastere interno.

Accanto a questi elementi vanno ricordati i residui del condotto peritoneo-vaginale ed anche quei residui embrionali annessi al testicolo (idatidi del Morgagni, organi di Giraldés, vasi aberranti dell'epididimo), che hanno anche una notevole importanza nella produzione di cisti in questa regione.

Per tale disposizione antomica, come fa osservare Tillaux, il cordone spermatico è particolarmente soggetto alla formazione di raccolte liquide sia diffuse (rare) che circoscritte (più frequenti), le quali vanno contraddistinte col nome di *cisti del funicolo.*

L'idrocele diffuso o edema del cordone, come fa rilevare Donati, deve essere separato dalle vere cisti del funicolo. Tale affezione, segnalata e dettagliatamente descritta da Pott (1801) col nome di *idrocele delle cellule della tunica comune*, fu in seguito studiata da vari autori (Scarpa, Bertrandi, Curling, Kocher) e riprodotta sperimentalmente sul cadavere da Monod e Terrilon (1889). Essa consiste in una inibizione delle maglie del cellulare con liquido sieroso o siero-ematico, non delimitata da una vera e propria parete, e può essere determinata da traumi, da irritazione meccanica locale o da cause edematose generali (Gobbi).

L'idrocele incistato secondo Velpeau sarebbe per lo più un residuo dell'idrocele diffuso di Pott o potrebbe primitivamente manifestarsi come tale per infiltrazione di liquido nelle maglie dell'involucro fibro-cellulare del cordone, le quali si distenderebbero dando luogo alla formazione di vere cisti.

In tal modo veniva da Velpeau sommariamente spiegata la genesi della massima parte delle cisti del funicolo.

Le produzioni cistiche del funicolo spermatico sono state variamente classificate. Goss, ad esempio, le divide in: idrocele funicolare, cisti spermatiche, cisti sacculari, cisti idatiche.

English aggiunge un'altra varietà: le cisti linfatiche.

È da rilevare però che le cisti sacculari non debbono essere confuse con le altre formazioni cistiche; esse, che sono raccolte liquide in un sacco in cui si sia avuta obliterazione del colletto, appartengono alla patologia delle ernie piuttosto che a quella del cordone e vanno anche distinte dall'idrocele sacculare falso o spurio, costituito da accumulo di liquido in un sacco erniario voluminoso a contenuto viscerale.

Secondo la classificazione fissata da Donati abbiamo:

A) Cisti provenienti da residui embrionali, di cui:

a) cisti provenienti da residui del canale peritoneo-vaginale;

b) cisti spermatiche, da residui del corpo di Wolff;

c) cisti dermoidi.

B) *Cisti indipendenti da residui embrionali*, di cui:

a) cisti spermatiche per ritenzione;

b) cisti linfatiche;

d) cisti di origine connettivale.

Le cisti provenienti da residui del canale peritoneo-vaginale sono di gran lunga le più frequenti.

Il canale peritoneo-vaginale, com'è noto, si oblitera una diecina di giorni dopo la nascita e si trasforma gradatamente in un cordone fibroso, che costituisce il legamento vaginale di Cloquet. Tale obliterazione però in un terzo circa degli individui non avviene oppure si verifica con notevole ritardo od anche incompletamente. Un adulto su dieci — fa rilevare Bégouin — presenta un'anomalia peritoneo-vaginale, il che spiega la frequenza delle ernie inguinali dette per questa ragione di origine congenita.

Alle anomalie di obliterazione del canale vagino-peritoneale, che sono state bene studiate da Zuckerkandl, Féré, Sachs, Romonéde, ecc. corrispondono i diversi tipi di idrocele; *idrocele comunicante* (quando il dotto è rimasto permeabile in totalità); *idrocele inguino-funicolo-vaginale* (quando l'obliterazione avviene solamente nella porzione superiore); *idrocele biloculare* (quando il canale disteso cede in alcuni punti e manda dei prolungamenti); *idrocele multiloculare* (in un canale obliterato a tratti). Quando il dotto peritoneo-vaginale è chiuso in alto e in basso la sua parte media rimanendo permeabile può trasformarsi in una sacca cistica, che costituisce l'*idrocele incistato del cordone* degli antichi autori. Il termine di *cisti del cordone* però, come fa rilevare Ménciere, è più esatto. Tali cisti sono consecutive a infiammazioni primitive della sierosa, la cui natura può esser precisata con esami batteriologici e citologici del liquido (Bégouin). La loro parete all'esame microscopico mostra una costituzione istologica simile a quella della sierosa peritoneale e presenta sulla superficie interna un epitelio pavimentoso.

Le cisti spermatiche, sulla cui origine molto si è discusso, sono abbastanza rare. Per spiegarne lo sviluppo Gosselin e Sedillot invocarono una causa traumatica; per rottura cioè di un tubo retto o di un vaso afferente e pel consecutivo spandimento di liquido spermatico nel tessuto cellulare, dove, per irritazione, verrebbe a formarsi una neomembrana delimitante la raccolta liquida.

Tale teoria è confermata dai risultati sperimentali di Fabrini e di Tournade. È da rilevare però che non è sempre possibile mettere in evidenza un traumatismo qualsiasi, sia pure lieve, quale causa determinante.

Secondo numerosi altri AA. le cisti spermatiche traggono origine da residui del corpo di Wolff scaglionati lungo il decorso del cordone spermatico. Tali residui embrionali, che vengono trasportati dai testicoli nella loro discesa, per non ricordare che i più noti sono: l'idatide peduncolata del Morgagni, l'idatide sessile, i vasi aberranti, l'organo di Giraldés o paraepididimo, analogo all'organo di Rosenmüller, che è un residuo dei tubi ghiandolari medi del corpo di Wolff nella donna.

Secondo Alessandri, a proposito delle cisti sottoepididimali spermatiche, è da ritenere che in molti casi esse « sono dovute alla permanenza di dotti embrionali a fondo cieco, o di produzioni cistiche, residuo dei canali del corpo di Wolff, in comunicazione col sistema escretore fisiologico, che, all'epoca della pubertà, si riempiono di liquido spermatico e possono anche rendersi indipendenti o realmente o solo apparentemente per l'esiguità del canale di comunicazione ».

Le cisti spermatiche presentano una parete sottile, rosea, pellucida, sulla cui superficie interna all'esame istologico si riscontra la presenza di un epitelio cilindrico (organo del Giraldés) o cilindrico cigliato (vasi aberranti dell'epididimo); il loro contenuto è un liquido spesso lattescente in cui è facile rilevare al microscopio numerosi spermatozoi.

Tra le cisti del funicolo provenienti da residui embrionali sono da ricordare anche quelle *dermoidi* sulla cui patogenesi molto si è discusso. Queste cisti, anche in considerazione della rarità della loro localizzazione, offrono particolari difficoltà diagnostiche potendo essere confuse specialmente con l'ernia.

L'esame del contenuto, che fa rilevare specialmente peli e sostanza grassosa, dà la chiave per la loro esatta identificazione.

Fa però osservare Cisneros che la diagnosi e la natura (dermoide) di tali tumori può e deve stabilirsi anche prima dell'intervento tenendo conto principalmente delle sensazioni

fisiche rilevate all'esame e cioè della caratteristica pastosità, che non si riscontra mai nelle altre formazioni cistiche del canale inguinale.

Alle *cisti indipendenti da residui embrionali* appartengono le *cisti spermatiche per ritenzione*, che per la maggior parte degli AA. avrebbero origine da una dilatazione parziale (a guisa di diverticolo) del deferente in seguito all'occlusione di esso. In alcuni casi però possono essere anche delle cisti epididimali spostate dalla loro sede.

Rare sono le *cisti linfatiche*, di cui parla English. La loro patogenesi è oggetto di discussione, potendo per alcuni autori trattarsi di neoformazioni (linfagiomi cistici) e per altri di linfangectasie consecutive a processi meccanici od infiammatorî. La loro natura può essere confermata dall'esame microscopico, che fa rilevare la presenza di numerosi ammassi linfocitari.

Non è sempre facile però anche con esami istologici accurati distinguere se trattasi di semplice dilatazione di vasi linfatici preesistenti oppure di proliferazione atipica. Solo in casi veramente eccezionali è possibile osservare il processo neoplastico al suo inizio. Ad ogni modo depongono per la forma neoplastica la presenza in seno alle cisti di tessuti che ad essa sono estranei: fibre muscolari striate (Sultan), fibre muscolari liscie (Schmieden, Schmidt, Borst), cartilagine (Ritschl), che stanno a dimostrare un ulteriore sviluppo del germe aberrato, e così pure la presenza di un connettivo assai ricco di elementi cellulari ed anche la presenza di tessuto linfatico nello spessore delle pareti. È da rilevare però che anche la presenza di tessuto muscolare, elastico, ecc. è stata riscontrata in semplici linfangectasie. Ma anche tutti questi caratteri presi insieme — fa osservare Gobbi — non bastano il più delle volte ad accertare la diagnosi, chè per processi alterativi, cui può andare incontro la parete delle cisti, non è sempre possibile distinguere una semplice linfangectasia da un vero e proprio linfangioma.

Tra i tumori cistici del funicolo Gross include anche le *cisti idatidee*, che sono rare ed anch'esse di difficile diagnosi.

La diagnosi in genere è formulata o in seguito a puntura (liquido limpido come acqua di roccia con i caratteri ben noti e su cui sorvolo) o all'esame della caratteristica cisti, la quale risulta di due strati; di uno strato esterno, o cuticola, molto elastico e stratificato a lamelle e di uno strato interno, o parenchimale, fatto da masse granulose, da cellule, da fibre muscolari e da un sistema vasale.

Anche tale varietà di cisti del funicolo può essere diagnosticata o per lo meno sospettata in base ad accurato esame per una « crépitation qu'il donne sous le doigt et qui ressemble à la crépitation des tumeurs à grains riziformes » (Le Dentu et Delbet).

Ed ora debbono essere finalmente considerate le *cisti connettivali*, che formano particolare oggetto del presente lavoro. Se si considerano i pochi casi descritti in letteratura si ha la manifesta impressione che ancora oggi non è ben chiara e precisata la genesi di tali formazioni, che sono peraltro estremamente rare, per cui può essere interessante, sia dal punto di vista clinico che anatomopatologico, accennare a tutto ciò che si conosce al riguardo dopo aver brevemente illustrato due casi occorsi alla mia osservazione.

Osservazione I. — S. Alessandro, di anni 21, militare. Entra in ospedale il 10 agosto 1930.

Nulla di notevole nel gentilizio. Nessun precedente morboso degno di nota.

Dieci giorni or sono, rivolgendo casualmente la sua attenzione alla regione inguinale sinistra, ha osservato una piccola tumescenza in corrispondenza dell'orificio inguinale esterno. Detta tumefazione, che è affatto indolente sia spontaneamente che alla pressione, non ha arrecato alcun disturbo al p., che ha potuto regolarmente attendere al suo servizio sino al momento del ricovero in ospedale.

Il p., ripetutamente interrogato, non ricorda di aver patito traumi di sorta a carico della regione colpita.

E. O. Individuo di costituzione scheletrica regolare in buone condizioni di nutrizione e sanguificazione.

All'esame metodico dei vari organi ed apparati non si rileva nulla di notevole.

Localmente, stando il paziente in posizione eretta, rilevasi all'ispezione una piccola tumefazione situata immediatamente all'infuori dell'anello inguinale esterno. Detta tumefazione, che sotto i colpi di tosse diviene più sporgente e si sposta in massa anteriormente e in basso, è ricoverta da cute di aspetto normale ed ha la forma e la grandezza di un uovo di piccione. La palpazione conferma i dati rilevati all'ispezione circa la forma e la grandezza della tumefazione, che appare liscia, tesa, elastica, non decisamente fluttuante, perfettamente indolente. Essa è posta anteriormente al cordone cui aderisce pur essendo dotata di una certa motilità sugli elementi funicolari. La percussione dà suono ottuso. La tumescenza non si riduce con la compressione, nè riceve impulsi sotto i colpi di tosse; è completamente indipendente dall'organo didimo-epididimario. La ricerca della translucidità riesce infruttuosa. All'esame del canale inguinale non si rileva nulla di anormale.

Si fa diagnosi di cisti del funicolo e il 13 ago-

sto in anestesia locale novocainica si procede all'intervento.

Incisione cutanea parallela all'arcata crurale ed estendentesi sino alla radice dello scroto di sinistra. Sezione dell'aponevrosi del grande obliquo. Anteriormente agli elementi del funicolo e ricoverta da fibre del cremastere si rinviene la piccola tumescenza, che, senza aprirla, per via ottusa viene facilmente e completamente enucleata. I singoli elementi del funicolo al più attento esame non presentano alcun rapporto di continuità con detta tumescenza; non sono evidenti i resti del dotto peritoneo-vaginale; assenza di sacco erniario. Ricostruzione a piani. Sutura completa.

Decorso post-operatorio regolare. Guarigione per primam.

La cisti asportata per intero è a superficie esterna di colorito biancastro, percorsa da una rete di esili ed abbondanti vasi sanguigni. Con una comune siringa di Pravaz si aspira il suo contenuto; sono complessivamente cinque cmc. di liquido giallo-citrino, limpido, a reazione alcalina, assai ricco di albumina. Prova di Rivalta negativa. Microscopicamente si rinvengono solo scarse emazie.

La parete della cisti ha uno spessore uniforme di circa 3 mm.; la sua superficie interna, che non è separabile da quella esterna, è perfettamente liscia e di colorito roseo.

L'esame istologico fa rilevare che la parete della cisti è costituita esclusivamente da tessuto connettivale compatto con notevole contenuto di vasi sanguigni; *non si riscontra nella superficie interna alcun rivestimento epiteliale.*

OSSERVAZIONE II. — B. Giuseppe, anni 21, militare.

Entra in ospedale il 25 settembre 1930.

Genitori viventi e sani. Nessun precedente morboso degno di nota. Asserisce di non aver mai sofferto di blenorragia nè di altre malattie veneree.

Da circa due mesi si è accorto per caso della presenza di una intumescenza alla regione inguinale sinistra, che è andata lentamente e gradatamente aumentando di volume senza recargli alcun dolore. Solo in questi ultimi giorni ha avuto un po' di molestia, specie dopo prolungate marcie.

E. O. Individuo di costituzione scheletrica regolare; non presenta nulla degno di nota all'esame metodico dei varii organi ed apparati.

In corrispondenza della regione inguinale sinistra, stando il p. in posizione eretta, rilevasi una sporgenza ricoverta da cute normale, grande quanto un uovo di colomba o poco più, disposta col suo maggiore asse parallelamente all'arcata crurale. Alla palpazione la tumescenza, che è spostabile sotto la cute, appare liscia, duro-elastica, non distintamente fluttuante, poco dolente. Alla percussione, suono ottuso; con la compressione il tumore non si riduce.

L'anello inguinale esterno è leggermente sfiancato e permette d'introdurre nel tragitto un dito, che riesce a spostare in alto e in avanti la tumescenza; posteriormente ad essa si avvertono gli elementi del funicolo. Sotto i colpi di tosse non si percepiscono impulsi. Non riesce possibile la ricerca della translucidità.

Organo didimo-epididimario normale.

Con diagnosi di cisti del funicolo si procede all'intervento (27 settembre).

Incisione come per la cura radicale dell'ernia (Bassini).

Anteriormente agli elementi del cordone, da cui si lascia facilmente isolare, si trova la tumescenza, ricoverta da esili fibre del cremastere. Enucleazione completa della cisti per via ottusa ed aspirazione del suo contenuto. Non sono evidenti i resti del dotto peritoneo-vaginale; non presenza di sacco erniario.

Ricostruzione dei piani alla Bassini. Punti perduti in catgut; superficialmente, seta e maglie metalliche.

Decorso post-operatorio regolare. Guarigione *per primam.*

La parete esterna della cisti asportata è di colore grigio-rossastro; la superficie interna è liscia, lucente, rosea. La sacca cistica è completamente chiusa ed ha una lunghezza di cm. 7 e una larghezza di cm. 3; lo spessore della sua parete è abbastanza uniforme (circa 2 mm.).

Il liquido estratto con una siringa di Pravaz nella quantità di cmc. 6 è limpido, citrino, a reazione debolmente alcalina e contiene abbondante albumina. Prova di Rivalta: negativa. All'esame microscopico di esso, dopo centrifugazione, non si rilevano elementi morfologici.

Istologicamente la cisti mostra una parete di tessuto connettivo assai ricca di vasi, specialmente di capillari, che si presentano irregolarmente distribuiti; in alcuni punti si notano pure scarse fibre muscolari liscie ed altresì qualche focolaio d'infiltrazione parvicellulare.

Manca un rivestimento epiteliale.

I due casi sopra illustrati hanno una chiara ed evidente analogia, sia dal lato clinico che anatomo-patologico, con le poche osservazioni affidate alla letteratura di *cisti connettivali del cordone.* Prima però di trattarne la genesi, che tanto ha interessato i patologi e che non può dirsi ancora risoluta, sarà opportuno accennare ai caratteri, che distinguono tali formazioni cistiche del canale inguinale.

In rapporto alla frequenza è da notare che tale affezione — segnalata da Fiori nel 1901 e studiata in seguito da Donati, Bindi, Mümm, Magi, Formiggini, Prati, Esau, Hank — è rara. Demel, che in un accurato capitolo della sua monografia: « Chir. des Hodens und des Samenstrangs » (1926), ha riunito quanto si conosce circa le cisti connettivali del funicolo, è riuscito a raccogliere dalla letteratura solo otto casi. A questi sono da aggiungere due recenti osservazioni di Esau (« Bindegewebscyten des Samenstrangs », *Arch. für Chir.*, 1931) e quella di Prati; sono complessivamente quindi, comprese le mie osservazioni, solo tredici i casi noti.

Circa l'età è da notare che le cisti connettivali non sono proprie dell'età giovanile; sono state riscontrate sia in bambini (Donati)

che in adolescenti (Magi) ed in individui adulti (Mümm, Esau).

Il lato colpito non ha importanza speciale; nei casi riferiti ad ogni modo si ha una maggiore frequenza a sinistra.

La sintomatologia soggettiva è assai scarsa, per cui spesso l'affezione viene scoperta solo casualmente nel corso d'intervento per ernia inguinale o, eccezionalmente, per la comparsa di una piccola tumescenza alla regione inguino-scrotale. Talora il paziente avverte senso di molestia o lieve dolorabilità all'inguine; in un solo caso, descritto da Bindi, la cisti divenne sede di vivi dolori, che resero necessario l'intervento. In qualche caso è invece un trauma o uno sforzo che richiama l'attenzione nella regione colpita.

Data tale sintomatologia viene quindi a mancare ogni notizia precisa sul vero inizio e sul decorso stesso dell'affezione.

L'esame obbiettivo, che offre dati più numerosi, non consente però di poter distinguere esattamente tali cisti dalle altre del cordone.

L'ispezione — stando il paziente in posizione eretta — fa rilevare una tumefazione, poco voluminosa, situata nel canale inguinale o alla radice dello scroto e che, sotto i colpi di tosse, può diventare più sporgente. Tale tumefazione è ricoverta da cute di aspetto normale ed ha per lo più forma ovoidale col maggior diametro disposto parallelamente all'arcata crurale.

La palpazione conferma i dati rilevati all'ispezione circa la forma e la grandezza della tumescenza, che appare liscia, tesa, più o meno elastica, non decisamente fluttuante.

La cisti può riscontrarsi in qualsiasi punto del tragitto inguinale; è possibile pertanto rilevarla anche in corrispondenza dell'orificio addominale o, più frequentemente, di quello cutaneo. Talvolta anzi è situata immediatamente al di fuori del canale inguinale.

Qualunque però sia la posizione occupata dalla tumescenza — fa notare Formiggini — importanti a rilevarsi sono i rapporti che essa contrae con i diversi elementi del funicolo. Le cisti connettivali presentano infatti le seguenti caratteristiche; sono superficiali e situate anteriormente agli elementi funicolari su cui generalmente godono di una certa mobilità, hanno rapporti assai lassi col sacco erniario nei frequenti casi in cui è stata notata la coesistenza di un'ernia, non presentano alcuna relazione sia di continuità che di contiguità con l'organo didimo-epididimario dello stesso lato.

La tumefazione non è riducibile alla pressione (può solo spostarsi), nè si modifica di volume col cambiamento di posizione o col riposo prolungato.

La percussione dà suono ottuso e la ricerca della translucidità, quando è possibile, non offre dati sicuramente attendibili.

Interessanti sono i reperti operatorî, che ci consentono di rilevare delle particolarità veramente importanti. Le cisti connettivali, che, come abbiamo accennato sopra, sono superficiali e all'infuori di lasse aderenze non contraggono alcun rapporto con gli elementi del funicolo, non sono avvolte dalla guaina cellulare del cordone, ma appaiono sviluppate nel suo spessore o in quello della tunica fibrosa, e sono facilmente enucleabili.

All'esame macroscopico si rileva che la cisti, grande per lo più quanto una noce, è di forma ovale o sferica, a superficie liscia; presenta la parete esterna di aspetto fibroso, di colorito biancastro o grigio-rossastro e percorsa da vasi discretamente abbondanti.

All'apertura fuoriesce scarsa quantità (pochi cmc.) di liquido limpido, citrino, che — come fa rilevare Donati — « raccolto in un piccolo tubetto si trova di reazione debolmente alcalina e, riscaldato, coagula ». Tale liquido ha tutti i caratteri del transudato e contiene scarsissimi elementi morfologici (qualche globulo bianco e rarissime emazie).

Lo spessore della parete è vario; in genere misura 1-2 mm. La superficie interna è di colorito roseo e può apparire completamente liscia o di aspetto villoso oppure, come in un caso descritto da Esau, essere attraversata da sottili lamelle a mo' di *tela di ragno*, le quali si dipartono dalla parete stessa. Qualunque però sia l'aspetto della superficie interna la parete della cisti non è separabile in strati ed è completamente chiusa.

Lo studio istologico di tali formazioni — come si è innanzi accennato — può indirizzarci ad una esatta interpretazione di esse e spiegarcene il meccanismo di produzione.

La struttura istologica della parete della cisti può essere così riassunta: una lamina di tessuto connettivale più o meno compatta e priva o quasi di fibre elastiche, con forte contenuto di vasi sanguigni, specialmente di capillari. È talora possibile riscontrare modica infiltrazione parvicellulare specie negli strati esterni; *non si riscontra mai nella superficie interna alcun rivestimento epiteliale od endoteliale.*

La patogenesi di queste cisti viene spiegata da Fiori e da Donati con un meccanismo si-

mile a quello invocato da Velpeau per « l'idrocele incistato »; in seguito a piccoli e ripetuti traumi, anche così lievi da sfuggire facilmente all'attenzione del paziente, viene incapsulato uno spandimento sieroso dal cellulare o più probabilmente dalla guaina fibro-cellulare che avvolge il cordone. « Fra due o più lamelle connettivali ispessite si verrebbe a poco a poco a raccogliere del siero, e il connettivo, reagendo alla distensione, prolifererebbe, ispessendosi e venendo infine a costituire una sacca a pareti resistenti e, in seguito, più sottili man mano che precede la distensione » (Donati). Accettando tale teoria si comprende agevolmente il fatto della mancanza di qualsiasi rivestimento della parete interna della cisti.

È però opportuno notare che in nessuno dei casi riferiti è stato possibile dimostrare la preesistenza di un idrocele diffuso come primo grado dell'affezione, che il traumatismo stesso figura ma non chiaramente in una sola osservazione di Donati, che non sono state inoltre mai segnalate pregresse affezioni infiammatorie dell'organo didimo-epididimario e degli elementi del funicolo. In un solo caso (Esau) vi è stata concomitante ernia strozzata, che richiese l'intervento d'urgenza e che non può certo essere invocata quale momento eziologico. È da segnalare però che in tal caso vi fu anche l'applicazione di un cinto erniario, la cui continua azione meccanica può non essere estranea all'insorgenza di un processo irritativo cronico capace di determinare in primo tempo una transudazione di liquido sieroso e consecutivamente la formazione di una cisti.

Formiggini fa rilevare che bisogna tener conto del fatto che all'intervento i residui del dotto peritoneo-vaginale sono stati riscontrati quasi costantemente sviluppati più del comune ed anche parzialmente obliterati. Non potrebbe questa evenienza — si domanda l'A. — essere l'indice di una condizione embrionaria a noi sconosciuta ed esercitante una certa influenza sulla produzione di tali cisti? Ammettendo però questa ipotesi mal si comprende invero la mancanza di qualsiasi traccia di epitelio interno di rivestimento.

Nei due casi da me riferiti i reperti operatori e gli esami istologici inducono a credere che l'affezione riscontrata non ha nulla a che fare coi resti del processo peritoneo-vaginale, da cui le cisti stesse erano peraltro completamente indipendenti. Trattasi in tutte e due le osservazioni di individui giovani in cui, per le particolari contingenze della vita militare, non è ad ogni modo assolutamente da escludere « una causa traumatica magari leggera e facilmente sfuggibile all'attenzione del paziente » cui si possa ascrivere la formazione delle cisti. Ammettendo così l'ipotesi di Velpeau come la più convincente possiamo spiegarci la genesi delle cisti connettivali del funicolo la cui rarità, come fa rilevare Donati, dipende probabilmente solo da deficienza di osservazioni.

Clinicamente una cisti connettivale può con grande facilità esser confusa per l'identità dei segni con le altre formazioni cistiche del funicolo, di cui sono stati innanzi accennati i caratteri principali, su cui non ritorno, che possono talora farci stabilire una diagnosi precisa anche prima dell'intervento. La diagnosi differenziale va anche posta, sia pure eccezionalmente, con alcuni tumori del cordone. Starlinger, ad esempio, ha illustrato un caso (il terzo nella letteratura) di tumore translucido, di consistenza gelatinosa, diagnosticato per cisti del funicolo e che invece all'esame istologico risultò essere un mixo-fibroma.

All'atto operatorio la diagnosi, giova ripeterlo, è facilitata dal fatto che la cisti connettivale, situata superficialmente, è agevolmente enucleabile e non presenta — all'infuori di lasse aderenze — alcun rapporto con gli elementi del funicolo.

Circa le possibili complicanze è da tener presente l'eventualità che la cisti diventi sede di un processo flogistico, che come nel caso di Bindi, può assurgere a tale gravità da condurre anche all'esito letale. E così pure, data la motilità di cui la cisti connettivale gode sugli elementi del funicolo, non va dimenticato che essa — per improvviso aumento della pressione endoaddominale — può spostarsi nella direzione del canale inguinale sino ad insinuarsi nell'orificio esterno « rimanendovi quindi impigliata e strangolata quando detta forza è venuta meno ».

Assai dimostrativo al riguardo è un caso descritto da Razzaboni e riferentesi a « cisti funicolare strozzata », in cui, pur essendo assente qualsiasi ostacolo meccanico al circolo intestinale, comparvero spiccati fenomeni generali di strozzamento, che richiesero un intervento operativo immediato.

La cura non può essere che chirurgica; accurata enucleazione della cisti in modo da non ledere gli organi della generazione ed i vasi che ad essi mettono capo.

RIASSUNTO.

L'A., dopo aver esposto quanto si conosce sulle raccolte cistiche del cordone spermatico descrive due rare osservazioni di cisti connettivali funicolari e ne illustra il quadro clinico, il reperto operatorio e l'esame istologico.

Circa la patogenesi ritiene che per tali cisti possa accettarsi la teoria invocata da Velpeau per « l'idrocele incistato » del funicolo.

BIBLIOGRAFIA.

ALESSANDRI. *Le lesioni dei singoli elementi del cordone spermatico e loro conseguenze sulla glandola genitale.* Il Policl., Sez. Chir., 1895.

ID. *Sulla patogenesi delle cisti sottoepididimali spermatiche.* Archivio ed Atti Soc. Ital. di Chirurgia, 1897.

AUBERT. *Cytologie des hydrocèles.* Thèse de Lyon, 1902-903.

BÉGOUIN. *Compendio di Patologia Chirurgica,* volume III, 1924.

BINAND. Bull. et Mém. Soc. Anat., Paris, 1874.

BINDI. *Contributo allo studio delle cisti del funicolo.* La Clin. Chirurgica, 1907.

BROCA. *Kystes du cordon.* Gazette hebd. de Méd. et Chir., 1902; Bull. et Mém. Soc. Chirurgique, Paris, 1909.

BRUNCAN et CONDO DE SATRIANO. *Des fibromes du cordon spermatique.* Rev. de Chir., 1904.

CISNEROS. *Quiste dermoideo del canal inguinal.* El día médico, n. 17, 1930.

DE FRANCISCO. *A proposito di due casi di cisti spermatica con assenza del dotto deferente.* Riforma Medica, 1913.

DEMEL. *Chirurgie des Hodens und des Semenstrangs.* N. Dtsch. Chir., 36, 1926.

DONATI. *Sulle cisti del cordone spermatico di origine connettivale.* U. T. E. T., Torino, 1904.

ENGLISH. *Ueber Geschwülste am Samenstrange Neugeborener.* Wien. Med. Jahrbuch, 1875.

ESAU. *Bindegewebsusten des Samenstrangs.* Arch. f. Klin. Chir., 164 Band, 1931.

FIORI. *Contributo alla patogenesi delle cisti del cordone.* Riforma Medica, 1901.

FORMIGGINI. *Contributo allo studio delle cisti del funicolo spermatico di origine connettivale.* Ibid., 1913.

GASPARINI. *Cisti epidermoide del canale inguinale.* Ibid., 1908.

GOBBI. *Su le raccolte liquide del cordone spermatico.* Ann. Ital. di Chir., 1923, p. 381-408.

GOGLIO. *Le cisti spermatiche.* La Clin. Chirurgica, fasc. 8, 1926.

HOCHENEGG. *Ueber Cysten am Hoden und Uebehoden.* Wien. med. Jahrbuch, 1885.

JACOBY. *Hydrocele of the cord.* Med. Rec., 1904.

KAUFMANN. Spez. Patholog. Anatomie.

KOCHER. *Die Krankheiten der mannlichen Geschlechtsorgane.* Deut. Chir., Bd. 50, 1887.

LE DENTU et DELBET. *Maladies des org. génit. de l'homme.* Parigi, Baillière.

LIGABUE. *Linfangiomi cistici e cisti sierose congenite.* Clin. Chir., 1914.

MAGI. *Contributo allo studio delle cisti connettivali del cordone spermatico.* Il Policlinico, Sez. Prat., 1911.

MARASSINI. *Contributo allo studio delle alterazioni del testicolo, consecutive alle lesioni del cordone spermatico.* La Clin. Chir., 1902.

MCKENNA. *Cystis of the epid. and vas.* Surg. Klin., Chicago, 1920.

MONOD et TERRILON. *Traité des maladies du testycule et des annexes.* Paris, 1889.

MORESTIN. *Hématocèle funicolaire.* Bull. et Mém. Soc. Anat. Paris, 1902.

MÜMM. *Un nuovo caso di cisti del cordone spermatico d'origine connettivale.* Rif. Med., 1907.

NOVARO. *Cisti dermoide del canale inguinale.* Rivista Ospedaliera, 1913.

PAISSERAN. *Contrib. à l'étude de l'hémat. du cordon sperm.* Thèse de Toulouse, 1901.

PÉRAIRE. Bull. et Mém. Soc. Anat. Paris, 1901.

POTT. *Treatise on hydrocele,* 1901.

PRATI. *Un nuovo caso di cisti connettivale del cordone spermatico.* La Clinica Chir., 1927.

RAZZABONI. *Su di un caso di cisti funicolare strozzata.* La Clin. Chir., 1907.

RIGANO-IRRERA. *Su di un caso di un linfangioma semplice circoscritto della coda dell'epididimo.* Arch. It. Chir., vol. XIII.

ROCHE DE CONCY. *Kyste du cordon.* Bull. Soc. Anatomique. Paris, 1889.

ROSENFELD. *Lymfangioma cysticum funiculi spermatici.* Act. Chir. Scand., 1926.

SALINARI. *Le imperfezioni e le malattie dovute alla mancata od incompleta obliterazione del condotto vagino-peritoneale.* Giornale Medico del R. Esercito, 1905.

SOLARO. *Contributo allo studio e alla patogenesi delle cisti spermatiche.* La Clin. Chir., 1908.

STARLINGER. *Contributo alla diagnosi dei tumori del cordone.* Deut. Zeitschr. Chir., 1925.

TERRILON. Soc. de Chir., Paris, 1892.

TILLAUX. *Chirurgia Clinica,* vol. II, Ed. Vallardi, Milano.

VAUTRIN. *Pathogénie des Kystes spermatiques.* Rev. Chir., 1899.

VAUTRIN e APPEL. *Etude sur les kystes Wolffiens du cordon.* Ann. des org. gén.-urin., 1906, pagina 1681.

VELPEAU. *Nouveaux éléments de méd. opératoire,* vol. II, 1841.

WINSLOW. *Spermatoceles and hydroceles containing Spermatozoa.* Surg., Gyn. a. Obst., 1920.

OSPEDALE UMBERTO I DEL CIRCOLO DI MONZA
DIVISIONE CHIRURGICA
diretta dal prof. ANTONINO CIMINATA

Contributo clinico alla conoscenza delle cisti del pancreas

per il dott. GIUSEPPE DE SIMONE, assistente.

Le cisti pancreatiche, che nelle statistiche ospitaliere non risultano essere frequenti, rivestono fra le affezioni generali dell'addome e particolarmente tra le malattie del pancreas una speciale importanza perchè sono suscettibili di una terapia chirurgica efficace.

Nei vari trattati l'argomento è appena accennato ed anche la letteratura al riguardo non è molto ricca. Ritengo utile perciò riferire

i due casi da me studiati anche perchè per i loro particolari caratteri si prestano a considerazioni cliniche non prive di interesse.

CASO I. — B. P. d'anni 35, contadino, da Villasanta. Entra in Reparto il 6-2-1930. Nulla notasi nel gentilizio e nell'anamnesi patologica remota ad eccezione di un intervento chirurgico subìto all'età di 22 anni per ernia inguinale destra. Discreto bevitore e fumatore.

Circa sei mesi or sono il p. senza avvertire alcun disturbo, ebbe a notare l'insorgenza alla regione epigastrica di una bozza rotondeggiante, della grandezza di una noce. La tumefazione, a detta del malato, all'inizio presentava oscillazioni di volume a volte scompariva quasi del tutto, mentre in altri giorni raggiungeva la grandezza di un mandarino e solo in questi ultimi due mesi è andata gradatamente e progressivamente aumentando fino a raggiungere le dimensioni attuali. Contemporaneamente all'aumento della massa il p. ha cominciato ad avvertire senso di peso all'epigastrio e dolore a trafitture, insorgente subito dopo i pasti e della durata di 2-3 ore. Il dolore non eccessivo non si è mai accompagnato a vomito, nè a pirosi. Appetito ben conservato, alvo regolare. Non febbre, non diminuzione del peso corporeo.

Esame ob.: Soggetto longilineo, di costituzione scheletrica regolare. Stato di nutrizione e sanguificazione buona. Adipe discreto; muscolatura ben sviluppata, tonica. Subittero alle sclere.

App. linfoghiandolare: indenne. App. respiratorio e cardio-vascolare: negativo. Addome: di forma e dimensioni regolari, ben palpabile, indolente. In corrispondenza dell'epigastrio si nota una intumescenza della grandezza di un mandarino, situata quasi sulla linea mediana e mobile coi movimenti respiratori. Tale massa alla palpazione appare sferica, della grandezza di una grossa arancia, a limiti netti, a superficie liscia, di consistenza molle elastica, leggermente spostabile. Con manovra combinata si apprezza una netta fluttuazione. La palpazione non suscita dolore. La tumefazione si abbassa nell'inspirazione ma uncinandola non si solleva nell'espirazione. Fegato col limite superiore alla VI costa mentre il margine inferiore, alquanto duro ma indolente, è a due dita dall'arco costale sull'emiclaveare. Milza in sede.

Sistema nervoso: negativo.

Esami complementari: Es. urine: negativo.

Reazione di Wassermann sul siero di sangue: negativa.

Es. morfologico di sangue: emazie ben colorate, normali per forma e dimensioni, impilamento regolare. G. R.: 4.6000.000, Hb.: 0,85; V. G.: 0,92. G. B.: 7800; F. L.: linfociti 16; monociti 6; polinucleati neutrofili 74; pol. eosinofili 4.

Intradermoreazione alla Casoni: negativa con liquidi cistici diversi.

Esame radiologico (dott. F. Giongo). Deformazione dell'emidiaframma destro che protunde in vicinanza dell'angolo cardio-diaframmatico in una formazione regolarmente curvilinea (breve raggio), la quale confonde la sua opacità massiva con quella epatica sottostante. Fegato notevolmente ingrandito fino a raggiungere quasi col margine inferiore il livello della cresta iliaca. Il tumore palpabile all'epigastrio risulta modicamente opaco ai raggi X, sposta fortemente lo stomaco a sinistra senza ulteriormente deformare la parete della piccola curva che lo accoglie nella sua concavità, e si dimostra ad esso adesa. Nei movimenti del respiro, nel far retrarre e protundere le pareti addominali, nel corso delle manovre di palpazione e pressione variamente praticate sembra intimamente connesso col fegato. Dato che lo stomaco non risulta altrimenti interessato che per lo spostamento suddetto e per un'evidente diminuzione della peristalsi sulla piccola curva, ma non è nè fisso nè dolorabile e si vuota in tempo normale; si esclude che il tumore in parola trovi in esso il suo punto di partenza e si propende per la sua pertinenza o alla piccola ala del fegato od al pancreas.

L'esame clinico ed il reperto radiologico permettono la diagnosi di cisti ma è difficile poter

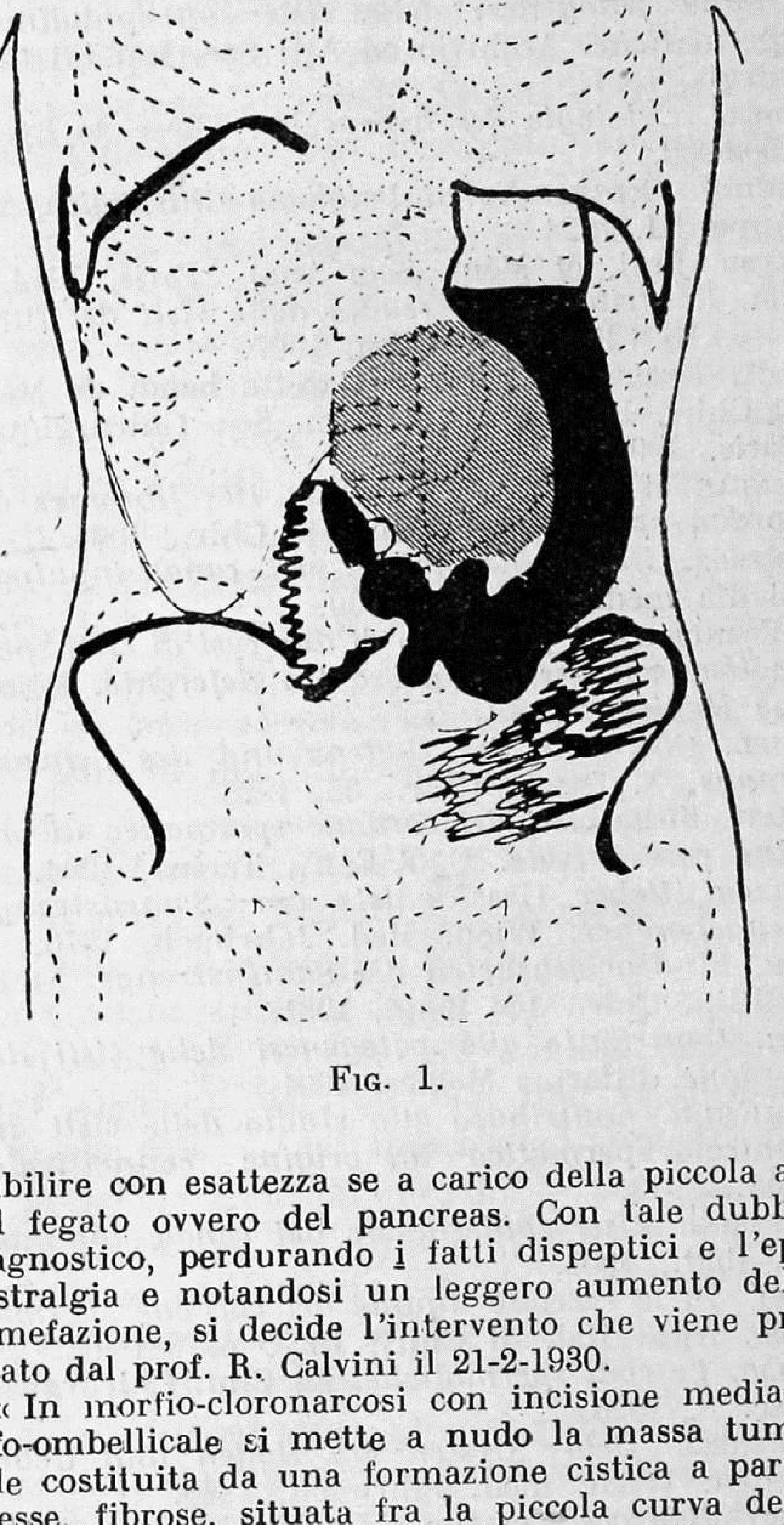


FIG. 1.

stabilire con esattezza se a carico della piccola ala del fegato ovvero del pancreas. Con tale dubbio diagnostico, perdurando i fatti dispeptici e l'epigastralgia e notandosi un leggero aumento della tumefazione, si decide l'intervento che viene praticato dal prof. R. Calvini il 21-2-1930.

« In morfio-cloronarcosi con incisione mediana xifo-ombellicale si mette a nudo la massa tumorale costituita da una formazione cistica a pareti spesse, fibrose, situata fra la piccola curva dello stomaco, stirato in basso, ed il lobo sinistro del fegato. La cisti, che superiormente è aderente alla faccia inferiore della piccola ala del fegato, si approfonda verso il pancreas col quale fa corpo per mezzo di un corto peduncolo.

Si apre e si svuota la cisti del suo contenuto costituito da circa un litro di liquido bianco-grigiastro filante e si marsupializza alla parete addominale ».

Decorso postoperatorio regolare. Il secreto della fistola macera ampiamente le pareti addominali

che è necessario proteggere con vaselina borica. La fistola si chiude dopo circa un mese e mezzo. Il p. rivisto pochi giorni or sono, dopo sette mesi dall'intervento, gode pieno benessere.

Caso II. — S. G., di anni 36, benestante, da Monza. Entra in Reparto il 31-8-1930. Gentilizio negativo. Venne operato all'età di 9 anni di costotomia per empiema sinistro metapneumonico, del quale guarì senza postumi in circa due mesi.

Soffrì ancora di polmonite franca a 23 ed a 26 anni. I disturbi attuali del p. risalgono al luglio del 1928. In tale epoca cominciò ad avvertire dolori all'epigastrio con irradiazioni a cintura verso i fianchi ed alla colonna vertebrale. I dolori, a carattere accessuale della durata di 5-10 minuti, insorgevano 3-4 volte al giorno e senza alcun rapporto coi pasti. Dopo un paio di mesi il dolore si localizzò esclusivamente al tratto lombare della colonna vertebrale ed all'epigastrio, che il p. notò alquanto tumefatto e teso. Il dolore in genere sopportabile ogni 15-20 giorni presentava esacerbazioni che duravano un paio di giorni costringendo il p. a letto. Durante tali crisi il dolore si estendeva a ventaglio verso il basso ventre e verso il bacino. Dopo la scomparsa delle crisi l'alvo da stittico si faceva diarroico con 4-5 scariche di feci semiliquide. Dall'inizio di quest'anno le crisi si sono fatte più frequenti e violente da durare anche 5 giorni ed a volte senza che il dolore fosse mitigato da ripetute punture di pantopon. Riferisce il p. che l'epigastrio a volte era meno teso e tumefatto, mentre in altri giorni, specie durante i periodi dolorosi, diventava più teso e bombée. Nell'aprile si fece praticare un esame radiologico, il cui reperto appresso riporterò, e venne consigliato di sottoporsi ad atto operatorio ma attraversando un periodo di relativo benessere rifiutò. Da allora ha sofferto altre numerose crisi dolorose ed è diminuito dall'aprile di 25 chilogrammi in peso corporeo. Io vengo chiamato d'urgenza di notte perchè da due giorni soffre di dolori violenti diffusi a tutto l'addome, con irradiazioni al bacino ed alla colonna vertebrale non mitigati da numerose punture di morfina.

Es. Ob.: Il p. è in decubito laterale sinistro, con le coscie semiflesse sul bacino ed il tronco piegato in avanti. Si lamenta fortemente di dolori all'addome e specie al tratto lombare della colonna vertebrale. A stento riesce a portarsi in decubito dorsale e ad allungare gli arti inferiori. Soggetto longilineo in scadenti condizioni di nutrizione, adipe scarso, muscolatura flaccida, ipotonica. Lineamenti del volto stirati; ittero sclerale.

L'addome si presenta avvallato nei quadranti inferiori mentre alla regione epigastrica si nota un'intumescenza della grandezza di una grossa arancia. La tumefazione, insorta a detta del p. sei ore prima, è immobile coi movimenti respiratori che sono superficiali, a tipo toracico. L'addome è ligneo alla palpazione che però non esacerba il dolore. Anche la massa all'epigastrio è tesa, non comprimibile; data la resistenza delle pareti addominali non è possibile delimitare l'intumescenza epigastrica ed apprezzarne i caratteri. La percussione è normale ovunque ad eccezione che sull'epigastrio dove il suono è del tutto ottuso. La tumefazione appare pulsante ed all'ascoltazione si avverte il tono aortico.

App. cardio-vascolare: negativo; polso 90 ritmico, uguale, alquanto ipoteso.

App. respiratorio: negativo. L'esame viene praticato in decubito laterale non riuscendo il p. a rimanere seduto sul letto a causa dell'inasprirsi del dolore. Temperatura 37°,5.

L'esame radiografico eseguito dal prof. F. Perussia il 26-4-1930 aveva dato il seguente risultato: « Nulla di notevole dal punto di vista radiologico all'apparato respiratorio ed a quello cardio-vascolare. Lo stomaco, vuoto allo stato di digiuno appare, dopo la somministrazione di latte di bario ben conformato e di volume normale nei due terzi superiori mentre in corrispondenza dell'antro pilorico appare deformato per compressione e pro-

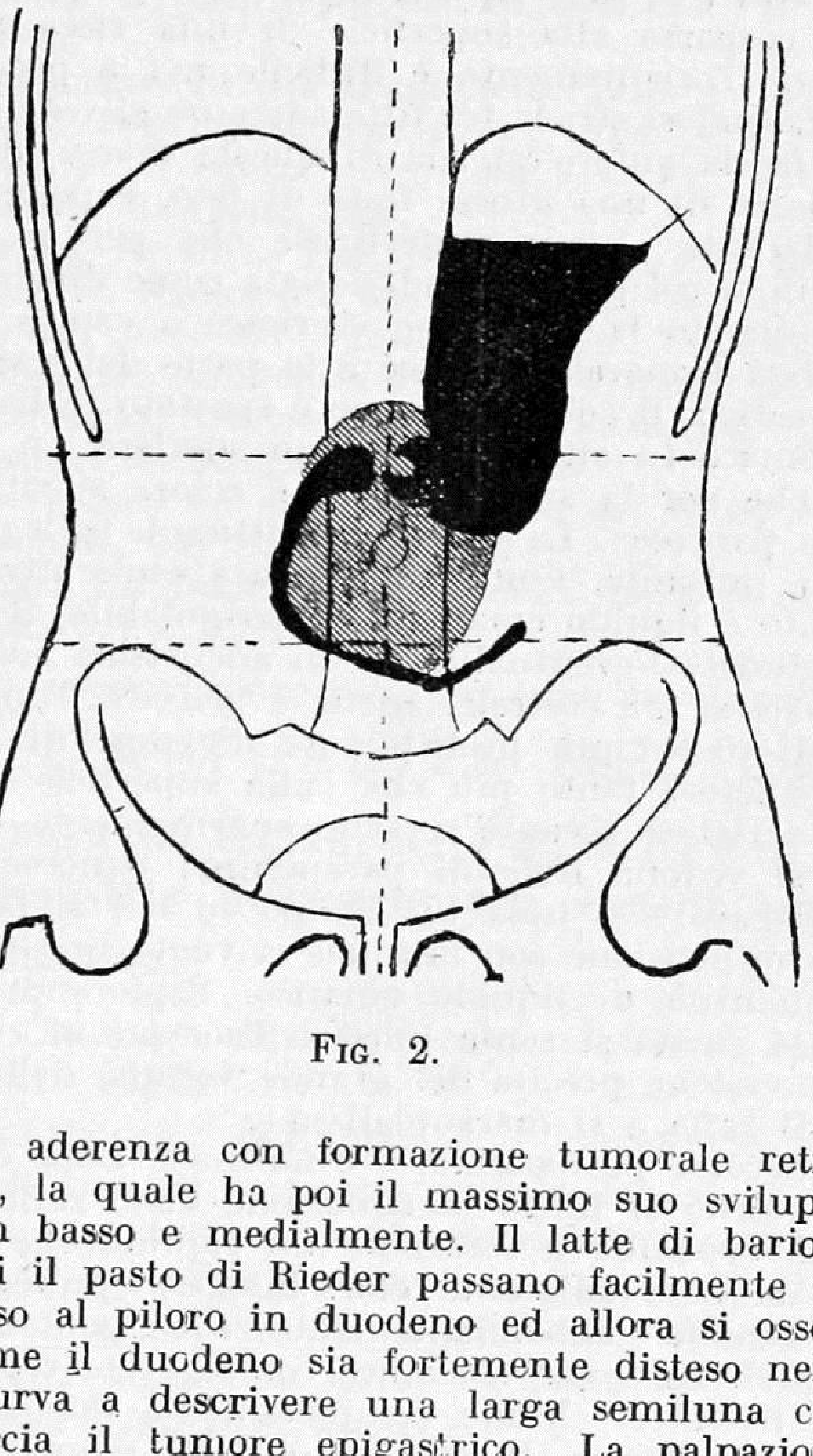


Fig. 2.

babile aderenza con formazione tumorale retrostante, la quale ha poi il massimo suo sviluppo più in basso e medialmente. Il latte di bario e quindi il pasto di Rieder passano facilmente attraverso al piloro in duodeno ed allora si osserva come il duodeno sia fortemente disteso nella sua curva a descrivere una larga semiluna che abbraccia il tumore epigastrico. La palpazione della sede del tumore riesce molto dolorosa. Il tono, la peristalsi ed il tempo di svuotamento dello stomaco sono normali. Sebbene il caso si presenti assai difficile, pure sembra dai dati radiologici di poter concludere per l'esistenza di un tumore in senso lato a sede retroperitoneale e più specialmente si dubita di tumore o cisti della testa del pancreas con spostamento in alto ed in avanti dell'antro pilorico a quello aderente e con dispiegamento e compressione del C duodenale ».

L'anamnesi, la sintomatologia, il reperto radiografico mi fecero porre la diagnosi di una formazione cistica endoaddominale. Sopratutto il rapido aumento di volume accompagnato dall'esacerbarsi del dolore faceva pensare ad una distensione della cisti verosimilmente da emorragia. E, quantunque il forte dimagramento del p. avesse potuto richiamare l'attenzione verso una neoformazione maligna cistica (cistadenoma, carcinoma), pure il

decorso clinico, la sede, l'estensione e i limiti erano sufficienti ad orientare il concetto diagnostico verso una formazione cistica benigna del pancreas.

Con tale concetto non andava discorde neppure lo stato di denutrizione del malato, che poteva essere messo in rapporto con alterazioni della secrezione interna ed esterna del pancreas con relative gravi ripercussioni sull'assorbimento intestinale e sul ricambio dei carboidrati.

Il giorno seguente, presentando il p. un peggioramento delle condizioni generali, consiglio il ricovero in Ospedale dove viene il 3 settembre sottoposto ad atto operatorio dal chirurgo primario prof. A. Ciminata.

« In anestesia locale con percaina si incide sulla linea alba e si cade su una massa intraperitoneale fissa, cosparsa alla superficie di una ricca rete venosa. L'orientamento è difficile ma a poco a poco facendosi strada fra fitte aderenze si vede che sulla faccia antero-esterna di questa massa, della grandezza di una grossa testa di feto, è poggiata ed aderente un'ansa intestinale che per la sua continuità col piloro è individuata come duodeno. Continuando la dissezione si riesce a capire che la massa tumorale aderisce e fa parte del tessuto pancreatico. Il colon trasverso è spostato in basso, lo stomaco in alto. Al duodeno aderisce un tessuto che per la sua struttura e colore si ritiene essere pancreas. La massa è fluttuante e leggermente pulsante. Con una puntura esplorativa si dà esito a liquido ematico non coagulabile, il che fa escludere l'eventualità di un aneurisma aortico al quale si era costretti anche a pensare. Rimane quindi molto più probabile la diagnosi di cisti del pancreas tanto più che sulla superficie della parete cistica accanto a vene enormemente dilatate si vedono isole di parenchima pancreatico. Con legature si isola un campo su cui si fa cadere un'incisione con la quale si vuota una grande quantità di liquido ematico. Esplorando col dito la cavità si sente pulsare l'aorta e si riceve l'impressione precisa del grande volume della cisti. Si zaffa e si marsupializza ».

Il decorso postoperatorio è normale. Dopo qualche giorno si inizia la rimozione dello zaffo. La cavità continua a secernere un liquido che macera la cute adiacente che bisogna proteggere spalmandola abbondantemente con pomata all'inotiol. La cavità si riduce con discreta rapidità e la fistola si chiude completamente dopo circa quaranta giorni. Il p. rivisto il 25 scorso gode ottima salute ed è aumentato di 10 chilogrammi in peso corporeo.

Nei due casi descritti l'atto operatorio confermò la diagnosi di cisti del pancreas. Nel secondo specialmente il reperto operatorio fu molto dimostrativo perchè mise in evidenza come per raggiungere la formazione cistica fosse necessario incidere il parenchima pancreatico. Il decorso post-operatorio dimostrò anche la natura benigna del processo. Nei nostri casi non può essere invocato il fattore traumatico perchè nè il primo, nè il secondo dei pazienti subirono trauma di sorta nella regione addominale. Può essere soltanto considerato nel secondo caso il fattore ritenzione di origine infettiva (è noto come alcuni Autori danno importanza alla ritenzione per un processo di pancreatite interstiziale cronico) rilevando nella storia clinica un processo di polmonite con esito in empiema. Sebbene il lungo intervallo di tempo, un trentennio circa, fra la malattia infettiva e l'insorgenza della sintomatologia addominale non depone molto in favore di questa interpretazione patogenetica pure la localizzazione intrapancreatica della cisti permette di dare una importanza non trascurabile al fattore ritenzione.

Il sintomo dolore si manifestò in diversa gradazione nei miei malati. Come è noto i dolori possono essere sia sotto forma di sensazioni penose costanti ottuse all'epigastrio, sia sotto forma di nevralgie celiache violente accessionali per compressione del plesso mesenterico o solare come nel secondo dei casi descritti. I dolori da nevralgia celiaca sono importanti per la diagnosi perchè nessun altro tumore cistico della parte alta del ventre lo produce (Leube). Il dolore profondamente situato può durare anche alcuni giorni ed è di tale intensità che neppure le iniezioni di morfina valgono a calmarlo. Esso inoltre non solo si irradia ai fianchi e posteriormente verso il sacro ma specialmente in basso in tutto l'addome, a ventaglio, fin nelle fosse iliache sì che il malato giace nel letto piegato su sè stesso. Le crisi dolorose sono in genere legate ad aumento improvviso del volume della cisti per fatti di trasudazione o per emorragie. Nel secondo caso infatti il liquido estratto dalla cisti era nettamente ematico. Dal punto di vista della diagnosi differenziale non entravano in discussione le cisti dell'ovaio oltre che per il sesso anche per la sede sicuramente epigastrica. Per quest'ultimo dato poteva essere esclusa anche la cisti del mesenterio contro la quale parlava anche la fissità del tumore quantunque è da tenere presente che una cisti mesenterica, mobile dapprima, può in conseguenza di fatti flogistici pericistitici acquistare una certa fissità. Una cisti pancreatica che si sviluppa fra i due foglietti del mesocolon può simulare una cisti mesenterica, ma questa varietà di cisti del pancreas rappresenta una rarissima evenienza.

Invece nel secondo caso fu presa in considerazione la probabilità di una cisti retroperitoneale e nel primo di una cisti di echinococco del fegato.

Difficile la diagnosi differenziale con tale malattia, specie quando la cisti si fa strada fra stomaco e fegato. L'ittero, in genere limi-

tato alle sclere, l'epatomegalia, la mobilità della massa durante gli atti respiratori, la presenza di pigmenti biliari nell'urina non depongono sicuramente per la pertinenza della cisti al fegato poichè tali sintomi possono essere presenti anche nelle cisti pancreatiche e sono dovuti a fenomeni di stasi per compressione delle vie biliari ed a fatti di aderenze per reazioni flogistiche pericistiche. Tuttavia una marcata eosinofilia, la positività della intradermoreazione di liquido cistico, l'accrescimento lento e la mancanza di oscillazioni di volume, presente in ambedue i casi da me illustrati, fanno propendere per una cisti del fegato. Nei miei casi non venne presa in considerazione la possibilità di sacche idronefrotiche o cisti del rene, perchè queste di solito sono lateralizzate ed il dolore è a carattere di vere coliche renali. D'altra parte se il rene fosse stato in causa e sede di una idronefrosi la massa cistica avrebbe dovuto svilupparsi verso il fianco e non dietro lo stomaco e si avrebbe avuto la presenza del colon e del sigma davanti al tumore. Altro cenno merita il fatto clinico del rapido benessere dopo l'intervento operatorio. Infine dallo studio dei miei malati non si può non riaffermare l'importanza dell'indagine radiologica.

Usando una tecnica affinata è possibile scorgere la massa cistica che risalta per opacità sulle regioni vicine ed il quadro è diverso a seconda della via di sviluppo della cisti. Quando questa si estrinseca fra fegato e stomaco, quest'ultimo è spostato in basso, col fondo e corpo più o meno a sinistra, e la piccola curva circonda in genere la massa tumorale. (caso I).

Viceversa se lo sviluppo della cisti è fra stomaco e colon trasverso le maggiori alterazioni sono a carico del duodeno, che abbraccia i contorni del tumore e si presenta più o meno deformato nelle varie porzioni, come evidentemente appare nel secondo caso, dove l'incisione laparatomica cadde sopra un'ansa intestinale dilatata che soltanto dopo attento esame fu riconosciuta appartenere al duodeno.

Per quanto riguarda la tecnica operatoria seguita i due casi surriferiti dimostrano che il metodo dello svuotamento della cisti con marsupializzazione garantisce la guarigione completa, inquantochè il tramite fistoloso che ne risulta si chiude in un lasso di tempo di poche settimane.

RIASSUNTO.

L'A. descrive due casi di cisti del pancreas operati secondo il metodo conservatore, cioè dello svuotamento con marsupializzazione. Illustra la sintomatologia ed il decorso e trae alcune considerazioni sulla diagnosi differenziale.

Monza, 25 ottobre 1930.

BIBLIOGRAFIA.

Ceccarelli e Sulli. Policlinico, Sez. Prat., 1904.
Cappelli. Ibid., Sez. Chir., 1909.
Malan. Ibid., Sez. Chir., 1909.
Pellegrini. La Riforma Medica, 1910.
De Francisco. Ibid., 1912.
Righetti. La Clinica Chirurgica, 1913.
Id. Lo Sperimentale, 1913.
Donati. *La chirurgia dell'addome*. Ed. U.T.E.T., 1914.
Simoncelli. Rivista Ospitaliera, 1918.
Ruggi. Policlinico, Sez. Prat., 1919.
Morh e Staehelin. *Medicina Interna*. Ed. Soc. Editr. Libraria, 1921.
Caucci. Archivio Italiano di Chirurgia, 1922.
Cumb O. Radiologia Medica, 1922.
Ortner. *Sintomatologia clinica*. Ed. Vallardi, 1923.
Kaufmann. *Anatomia Patologica*. Ibid., 1925.
Ceccarelli. *Annali Italiani di Chirurgia*, 1927.
Borelli. Radiologia Medica, 1927.
Sacconaghi. *La diagnosi clinica dei tumori addominali*. Ed. Zamboni, 1927.
Ferrio. *La diagnosi clinica delle malattie interne*. Ed. U.T.E.T., 1928.

L'ATTUALITÀ MEDICA

La cura del tetano, della difterite e di altre malattie neurotropiche con il metodo filattico.

(R. Cruchet. *British Medical Journal*, 16 gennaio 1932).

L'efficacia dell'anestesia cloroformica nel tetano fu per la prima volta notata da Billard. Egli con i suoi studî venne alla conclusione che il cloroformio ha la capacità di modificare l'equilibrio dei lipoidi e di renderli refrattari all'azione delle neurotossine. Chiamò questo fenomeno filassi.

Le esperienze istituite al riguardo dettero i seguenti risultati:

1) La iniezione di una dose letale di tossina tetanica in una cavia anestesizzata per tre minuti con cloroformio 12-15 minuti prima dell'iniezione non provoca disturbi. Perciò la cavia anestesizzata è refrattaria alla tossina tetanica.

2) Se l'iniezione di tossina tetanica è praticata 10-15 minuti prima dell'anestesia cloroformica, l'animale muore più rapidamente che l'animale al quale è stata praticata la sola iniezione. Perciò l'anestesia cloroformica praticata successivamente alla iniezione della tossina ne aumenta la virulenza.

3) Se ad un animale trattato come nel caso precedente subito prima o dopo della cloroformizzazione si pratica un'iniezione di

siero antitetanico (0,50 cmc. per 100 gr. di peso) si ha la sopravvivenza dell'animale. Perciò l'iniezione di siero antitetanico contemporanea alla cloroformizzazione annulla l'azione della tossina tetanica.

Billard ottenne i medesimi risultati con la tossina difterica, con il veleno della vipera e con la sparteina.

Billard spiega il fenomeno ammettendo che la cloroformizzazione preventiva (esperimento n. 1) impregna i lipoidi del sistema nervoso ed impedisce alla tossina tetanica di fissarvicisi. In altre parole il cloroformio agisce come un agente protettore o filattico (φύλασσις, protezione).

Questa proprietà filattica non ha la stessa efficienza quando le tossine neurotrofiche sono già fissate ai lipoidi nervosi. Il cloroformio, è vero, data la sua affinità per i lipoidi è capace di scacciarne le tossine, ma non è capace di eccitare la funzione antitossica anzi sembra paralizzarla (esperimento n. 2).

Se invece contemporaneamente alla cloroformizzazione ed al conseguente spostamento delle tossine, si somministra un'antitossina sotto forma di siero, si ha la neutralizzazione delle tossine circolanti e la cura dell'infezione (esperimento n. 3).

In conclusione quindi la cura del tetano e della difterite consiste nella somministrazione di grandi dosi di antitossine sotto cloroformizzazione.

Il metodo che ha dato più brillanti risultati è quello di praticare le iniezioni sottocutanee di 50, 80 o 100 cmc. di siero antitetanico prima o durante la cloroformizzazione. Nei casi fulminanti l'iniezione deve essere praticata per via intramuscolare o endovenosa, praticando eventualmente anche un'iniezione subaracnoidea di 10 cmc. di siero. Occorrendo il trattamento si ripete due volte al giorno.

La cura deve essere praticata senza indugio non appena compaiono i primi sintomi della malattia.

Per la difterite si adopera il medesimo metodo non appena si manifestano complicanze nervose.

La stessa cura va preconizzata per la poliomielite e l'encefalomielite.

Per la poliomielite si può impiegare il siero antipoliomielitico di Petit.

In mancanza di un siero specifico contro l'encefalomielite, in questa affezione è da tentare l'urotropina, la quale agirebbe filatticamente come il cloroformio. L'urotropina si decompone nei tessuti con la produzione di formaldeide, che sposta le tossine dai lipoidi nervosi fissandovisi essa.

Billard in effetti ha sperimentalmente ottenuto con l'urotropina effetti analoghi a quelli del cloroformio.

L'iniezione di urotropina in una cavia una quindicina di minuti dopo la somministrazione di tossina antitetanica provoca la morte rapidamente.

Il metodo filattico va inoltre sperimentato in altre infezioni aventi particolari affinità con il sistema nervoso quali l'influenza, il tifo, l'herpes zoster, la varicella, la malattia del sonno, nonchè in alcuni avvelenamenti (stricnina, curaro, botulismo, ecc.).

DR.

SUNTI E RASSEGNE.

PEDIATRIA.

Le febbri alimentari del lattante. Squilibrio termico per squilibrio alimentare.

(R. DEBRÉ e M. LELONG. *La Presse Médicale*, 20 giugno 1931).

Contrariamente al concetto di febbre, sinonimo d'infezione, in ogni età, ma particolarmente nell'età del lattante, esisterebbero secondo gli AA. delle febbri che si potrebbero dire amicrobiche, asettiche, o come le chiamano gli AA. stessi, febbri alimentari, intendendo con tal nome ogni febbre la cui apparenza sia legata strettamente all'alimentazione e che scompaia immediatamente cambiando o modificando il regime dietetico. Esse si accompagnano ad una sintomatologia clinica particolare e richiedono un loro speciale trattamento.

Gli AA. ricordano gli altri numerosi esempi di febbri indiscutibilmente asettiche, come l'ipertermia per lesioni dei centri nervosi, le ipertermie dovute a iniezione o ingestione di sostanze che agiscono sul simpatico (adrenalina, atropina), le ipertermie degli ipertiroidei, le febbri da choc e le febbri proteiniche (siero) e non ritengono quindi cosa strana l'ammettere, specie nei primi anni di vita ad equilibrio termico così instabile, la possibilità di elevazioni termiche legate essenzialmente a sostanze alimentari esagerate. Vanno separate nettamente dalle cosidette febbri alimentari le febbri provocate, da *introduzione parenterale* di alcune sostanze (sale, zucchero, ecc.), oppure da ingestione di dosi nettamente o relativamente esagerate di determinate sostanze, le febbri dispeptiche, febbri che si accompagnano a costipazione.

Come febbri alimentari si devono solo considerare le febbri da latte secco, da disidratazione, da scorbuto, e le febbricole alimentari.

La febbre da latte secco descritta la prima volta da uno degli AA. e da Semelaigne avrebbe caratteri tipici: febbre estremamente irregolare anche elevata (41°, 42°) con aspetto generale del bambino che si mantiene buono, e-

same obiettivo negativo, non diarrea, non vomito, appetito conservato, non caduta del peso anzi talvolta aumento del peso durante il periodo febbrile. Sete intensa. Se si sospende il latte in polvere, o si aggiunge acqua al regime stabilito o si diminuisce la quantità di polvere, la febbre cade subito per crisi, per ritornare appena si riprende l'alimento iniziale. Essa ha evoluzione benigna e non dà complicazioni. Alla febbre da latte secco si ravvicina la *febbre da latte condensato*, con lo stesso andamento clinico e lo stesso meccanismo patogenetico, mentre se ne allontana la *febbre da disidratazione* caratterizzata dallo stato generale grave del bambino e dalla rapida caduta del peso. In questo caso l'aggiunta di acqua fa abbassare rapidamente la temperatura.

La febbre scorbutica, che si può presentare anche prima dell'apparizione dei sintomi dell'avitaminosi, come sintoma quasi premunitorio, è una febbre elevata, molto irregolare, che si accompagna ad anoressia, non a disturbi enterici, stazionarietà del peso, e sparizione quasi immediata quando si aggiunga vitamina C. in quantità sufficienti.

Oltre questi 3 tipi di febbre, che sono in generale piuttosto elevate, sono da considerarsi alcune febbricole, che molte volte si possono mettere in rapporto con fattori alimentari; così le piccole febbri negli allattati con latte di vacca, dovute a scarsezza d'acqua o di vitamine.

Riguardo alla patogenesi delle febbri alimentari, essa è stata presa in considerazione anzitutto per il latte in polvere.

Scartate furono l'origine microbica di tale febbre, sia per infezione esogena (polvere asettica), sia per attivazione di una infezione latente; così l'origine tossica, l'anafilassi alimentare, la sensibilizzazione dell'organismo, la disidratazione in senso assoluto. Le esperienze degli AA. avrebbero potuto dimostrare l'assoluta indipendenza da questo o quel latte in polvere.

L'azione piretogena sarebbe comune, più o meno intensa, a tutti i latti in polvere: essa non dipenderebbe dalle sostanze in dissoluzione nel siero (lattosio, sali) ma dal rapporto tra la quantità di polvere e la quantità d'acqua della diluizione. Questo rapporto capace di determinare la febbre non si può esprimere in una cifra fissa: perchè varia da una polvere di latte ad un'altra, da un individuo all'altro, e per lo stesso bambino da un momento all'altro. Molta importanza ha l'età del lattante. Una stessa dose di latte in polvere è tanto più piretogena, quanto più il lattante è giovane. Da considerarsi è anche la costituzione idrolabile o idrostabile del soggetto, lo stato di maggior o minor riscaldamento dovuto agli abiti, la vivacità dei movimenti, la temperatura l'ambiente. Nella trasformazione del latte in polvere si svolgerebbe maggior numero di calorie che nella trasformazione del latte comune; si creerebbe così un bisogno supplementare di acqua, per ristabilire l'equilibrio termico; non vi sarebbe perdita d'acqua, ma immobilizzazione delle riserve disponibili, e quindi aumento del peso. Non si tratta quindi di disidratazione, ma di una primitiva esagerazione del metabolismo delle sostanze che fissano l'acqua e più specialmente delle proteine.

Anche nella febbre scorbutica si avrebbe, per l'avitaminosi, uno squilibrio tra i diversi metabolismi, specialmente tra proteine a acqua; squilibrio che porterebbe alterazione termica.

Come gli AA. stessi tengono a dichiarare, le ricerche patogenetiche lasciano ancora adito a molte discussioni e devono essere in molti punti chiarite, ma quello che deve essere ammesso è la realtà clinica di queste febbri alimentari.

C. NERVI.

FEGATO E VIE BILIARI.

Alcool e sifilide nella genesi delle cirrosi.

(BRULÉ, BARBAT. *Presse Méd.*, n. 103, 26 dicembre 1931).

Bright nel 1827 vide nell'alcoolismo la causa principale delle cirrosi. Ma già nel 1869 Frerichs e Lancereaux usarono il termine di cirrosi sifilitica, distinguendola dalle forme alcooliche. Gerhardt nel 1898 andò più lungi affermando che anche senza caratteristiche speciali, ogni cirrosi che si manifesti in un luetico senza altra causa evidente va considerata come una cirrosi sifilitica. Ma sopratutto negli ultimi venti anni si sono accumulati molti lavori tendenti a provare che molte cirrosi sono luetiche e non alcooliche.

A questo scopo si possono citare argomenti sierologici, argomenti terapeutici e argomenti anatomici.

1) *Argomenti sierologici*: Nel 1912 Letulle e Bergeron sopra 18 malati di epatiti croniche trovarono 7 volte la R. Wassermann positiva, ossia il 40 % di sifilitici. Letulle in una statistica ulteriore trovò il 50 % di luetici, e Villaret e Blum su 39 cirrotici trovarono il 73 % di luetici.

Anche se si ammette con Le Noir che in un servizio ospedaliero su malati presi a caso la proporzione dei sifilitici è del 20, 25 %, questa cifra è largamente superata presso i cirrotici.

D'altra parte ammettendo anche una proporzione assai forte di sifilitici tra i cirrotici, bisogna ben riconoscere che i cirrotici sifilitici sono nello stesso tempo degli alcoolizzati. Le ricerche etiologiche non permettono dunque di incriminare la sifilide isolatamen-

te come causa di cirrosi; tutto al più si può invocare una associazione di lues e di alcool.

2) *Argomenti terapeutici*: Esmein, Parvu, Courtois-Suffit e Giroux notarono che molti cirrotici guariscono con il trattamento mercuriale e attribuirono ciò alla natura luetica della cirrosi.

Questo argomento ha scarso valore, il mercurio agirebbe qui come diuretico più che come antisifilitico. L'uso oggi di corrente dei diuretici mercuriali, rende il fatto bene evidente.

3) *Argomenti anatomo-patologici*: Letulle e i suoi allievi credono di trovare un argomento importante nella esistenza frequente, alla autopsia dei cirrotici, di lesioni peritoneali delle quali essi si sforzano di dimostrare la natura luetica. Questa peritonite sifilitica sarebbe la causa della ascite.

Nulla viene dunque al giorno d'oggi a provare in modo perentorio che la sifilide possa, da essa sola, creare delle cirrosi del fegato. Brulé e Barbat hanno ristudiato questo problema in 53 cirrotici; con questi risultati: La sifilide era presente in 6 casi, quattro altri poi erano dei vecchi luetici con reazioni sierologiche negative. La lues fu quindi rintracciata nel 20 % dei casi, il che non sorpassa la proporzione abituale con cui si trova nei servizi ospedalieri. Per contro l'alcoolismo era evidente nell'86 % dei casi; e di più dei dieci malati luetici, otto erano dei grandi alcoolici.

Lo studio anatomo patologico (6 autopsie su dieci cirrosi di Laennec) non fu più favorevole alla lues. Senza negare, come fanno certi AA., l'esistenza di una peritonite sifilitica, non si sentono però autorizzati ad attribuire ad essa come vorrebbero Letulle ed allievi, una frequenza ed una importanza decisiva. Essi non possono ammettere che la peritonite luetica possa dimostrare che la cirrosi concomitante è una cirrosi luetica, come non si può concludere per l'esistenza di una peritonite tubercolare alla natura tubercolare di una cirrosi. Essi pensano poi anche che come la lues non crea la cirrosi, così non crea neppure la ascite, al più, di questa modifica i caratteri.

Per quanto riguarda le cirrosi atrofiche noi non ne troviamo nessuna, tra quelle in cui certa o probabile esiste la lues, che non si verifichi in un grande alcoolista. Per le cirrosi ipertrofiche invece occorre una maggiore riserva nelle conclusioni; perchè pure restando predominante l'ufficio dell'alcool, in questo gruppo si trovano certo dei casi in cui l'etilismo non è in causa. D'altra parte lo scovare la sifilide in un cirrotico non ci deve fare cantare vittoria, poichè nella prognosi si deve sempre ricordare il fattore alcool che è solo, senza dubbio, la causa dominante.

L. TONELLI.

Lesioni del fegato da inoculazione di malaria.

(MATERNA. *Wien. Klin. Woch.*, 43, 1931)

L'A. riferisce su 9 casi di paralisi progressiva, venuti a morte dopo l'inoculazione della malaria, fatta a scopo terapeutico, e che presentavano tutti lesioni necrotiche del parenchima epatico di varia intensità e consistenti sopratutto in necrosi cellulari ed alterazioni endoteliali sia delle vene centrali che dei rami della porta.

Il Materna considera queste gravi alterazioni epatiche come la causa della morte, le attribuisce all'inoculazione malarica e conclude che, prima di iniziare tali cure, si debbono fare accurate indagini sulla funzionalità del fegato.

Wagner-Jauregg (*Wien. Klin. Woch.*, 44 1931) replica che in alcuni di questi casi, la morte non era da imputarsi alla malaria, per ragioni che a volta a volta discute; secondo lui le alterazioni del fegato sarebbero state non irreparabili, ma capaci di regredire, come dimostra il fatto che esse erano più leggere appunto nei casi in cui la malarioterapia durava da più tempo: e non è d'accordo col Materna nell'ammettere che i paralitici a fegato malato debbono essere esclusi.

Secondo Wagner-Jauregg la malarioterapia ben condotta resta un metodo veramente utile e prezioso.

Materna replica brevemente (*ibidem*) limitandosi a dire che egli non ha voluto criticare il metodo, in genere, ma dimostrare che esso *può* essere pericoloso. V. SERRA.

Sulle colecistiti tifose.

(A. AGUECI. *Pathologica*, 15 gennaio 1932).

L'A. riporta una statistica comprendente 160 casi di colecistite di varia natura sottoposti ad intervento operatorio e sistematicamente studiati dal lato batteriologico (cultura dalla bile colecistica), e, nella grandissima maggioranza dei casi, dal lato istologico.

Globalmente, sui 160 casi esaminati, il b. di Eberth è stato trovato 13 volte (8,12 %). In quasi tutti questi 13 casi è dimostrabile un nesso diretto fra tifo e colecistite, succedentesi l'una all'altro a breve distanza di tempo.

Probabilmente poi, oltre che in questi casi in cui il tifo è batteriologicamente dimostrabile, il b. di Eberth è il primo movente anche di altre colecistiti in cui manca per esso la prova culturale; si tratta in questi casi di infermi nei quali la infezione Eberthiana risale a molti anni prima (33 casi sui 160 della statistica); possibile quindi che il b. tifoso responsabile in un primo tempo dell'insorgere dell'affezione colecistica, sia in un secondo tempo, coll'andare degli anni, scom-

parso dalla bile, quando l'affezione era già in corso.

Le lesioni istologiche riscontrabili nella colecistite tifosa sono generalmente a tipo infiammatorio, prevalentemente catarrale, senza alcun speciale carattere che le differenzi da lesioni analoghe, quali tutti i germi flogogeni possono dare. Esse lesioni possono interessare sia la mucosa, sia la muscolare, separatamente od insieme, ed in qualche raro caso anche la sierosa. La mucosa però è quella che più di comune e più di frequente è primitivamente lesa.

V. DE ANTONI.

La reazione di Brugsch e la formazione intracutanea di pigmenti biliari.

(P. REBECCHI. *Minerva Medica*, 8 dic. 1931).

È noto come il Brugsch distingua quattro sorta di itteri, a seconda della tonalità della cute itterica: un ittero rosso-bruno, un ittero giallo-verde, un ittero giallo-chiaro ed un ittero bruno.

Nelle forme di ittero epatotossico in cui cioè a base della comparsa in circolo dei pigmenti biliari il Brugsch pone una lesione primitiva delle cellule epatiche, il fegato diverrebbe insufficiente ad esplicare la sua normale attività verso i pigmenti sanguigni onde trasformarli in bilirubina: in tale processo di elaborazione verrebbe quindi sostituito, per azione vicaria, da tutta la superficie cutanea e ne verrebbe in conseguenza una scomposizione nella cute del pigmento ematico con formazione di bilirubina da un lato e comparsa di ferro dall'altro.

Nell'ittero giallo-verde o ittero di origine meccanica la lesione epatica non sarebbe, almeno all'inizio della affezione, dimostrabile; alla cellula epatica rimarrebbe quindi la proprietà di formare pigmenti biliari, ma questi non trovando libera la via di deflusso verrebbero riversati nel circolo sanguigno e di qui nella cute, previa la loro trasformazione in biliverdina, per particolari proprietà ossido-catalizzatrici dell'ambiente biliare ove soltanto sarebbe possibile, a differenza del tessuto cutaneo, ritrovar quell'optimum riguardo al Ph necessario ad una tale funzione.

Anche nell'ittero giallo chiaro, costituito da quegli stati di iperemolisi che conducono talora alla comparsa di tinta itterica diffusa alla superficie cutanea, non vi sarebbe formazione, almeno in corrispondenza della cute, di pigmenti biliari e mancherebbe quindi quel contenuto in ferro caratteristico della prima forma di itterizia.

La particolare tinta bruna infine che accompagna l'ittero bruno, è tuttora argomento di discussione al riguardo della sostanza che a tale colorito dà origine: se si tratta cioè di una melanina oppure di una sostanza nera derivata dalla ossidazione della bilirubina.

Il Brugsch dunque sostiene che la proprietà di trasformare l'emocromogeno in pigmenti biliari e ferro spetti alla cute nel caso soltanto che le cellule epatiche siano comunque insufficienti a tale funzione. In tutti gli altri casi si avrebbe bensì nella cute presenza di bilirubina, ma questa sarebbe o ossidata come negli itteri meccanici o a reazione indiretta, come negli itteri da iperemolisi, ed in tutti i casi poi mancherebbe sempre la possibilità di dimostrare ferro in seno ai tessuti.

A conferma di tale supposizione il Brugsch riportava in ultimo la possibilità di dimostrare chimicamente in vivo la presenza nei tessuti del ferro di scomposizione. Iniettando intracutaneamente poche gocce di una soluzione di ferricianuro potassico all'1 % compare nell'ittero acoleretico, dopo qualche minuto, una chiazza più o meno intensamente bleu che è da ricondurre alla esistenza del ferro bivalente. Anche nell'ittero meccanico una tale reazione sarebbe possibile, però comparirebbe solo tardivamente, in un periodo di tempo che fa presumere al Brugsch che il ristagno della bile abbia provocato tali lesioni epatiche da compromettere la funzione biligenetica e determinare perciò la comparsa dell'azione vicariante della cute.

L'A. ha eseguito delle esperienze di controllo e così riassume i risultati delle sue ricerche:

1) la reazione di Brugsch che avviene nella cute di soggetti itterici è una reazione chimica di combinazione del ferricianuro potassico col ferro contenuto in queste condizioni patologiche nella cute ed in quantità tale da poter essere svelato con un mezzo chimico assai sensibile;

2) la positività della reazione di Brugsch non depone tuttavia per un'azione vicaria della cute nei confronti del ricambio emoglobinico, ma sta ad indicare soltanto un deposito nella cute di una sostanza che, al pari dei pigmenti e dei sali biliari, trova difficoltà ad essere escreta per le sue naturali vie di eliminazione;

3) la prova di Brugsch non può per le ragioni ora dette servire come un sicuro mezzo diagnostico della funzionalità epatica.

C. TOSCANO.

VASI SANGUIGNI.

Basi cliniche e sperimentali a sostegno dell'arteriectomia nel trattamento delle obliterazioni arteriose localizzate.

(R. LERICHE. *Am. J. Surg.*, ottobre 1931).

Le arterie non debbono essere considerate soltanto come tubi elastici conduttori del sangue, ma anche dal punto di vista della loro

innervazione simpatica, che attraverso riflessi vasomotori ha un ruolo importante nella fisiologia normale e patologica della circolazione sanguigna. Quando un'arteria è obliterata i suoi nervi non rimangono intatti, ma, secondo l'A., sono messi in uno stato di ipereccitazione dalle modificazioni trofiche che avvengono nella parete vasale, e possono produrre dei disturbi sia nel senso di una vasodilatazione che di una vasocostrizione.

Quando un'arteria è obliterata cessa di essere un'arteria e diventa un nervo simpatico ammalato; pertanto accanto ai segni dovuti puramente all'ostacolo meccanico, compaiono quelli che l'A. riporta all'eccitazione cronica dei nervi della parete vasale; tra questi ultimi il dolore, la cianosi, i disturbi trofici, l'ipotonia muscolare. Segni che sec. l'A. scompaiono in seguito all'arteriectomia.

A questo proposito l'A. ricorda due casi operati nel 1917 e nel 1922 nei quali la legatura rispettivamente dall'a. omerale e dell'a. femorale per trauma aveva determinato disturbi consistenti in senso di freddo, riduzione della pressione, impotenza funzionale, cianosi, ulcerazioni trofiche. L'asportazione del tratto di arteria obliterata in seguito alla legatura fu seguita da un ripristino completo delle condizioni normali. L'A. pensa che l'arteriectomia equivalga ad una operazione sul sistema nervoso, precisamente ad una simpatectomia periarteriosa, e quindi capace di guarire i disturbi dovuti a riflessi partenti dai nervi della parete vasale. Conseguenza di ciò è che la arteriectomia deve essere in generale sostituita alla semplice legatura dell'arteria.

Anche sperimentalmente è stato dimostrato che è più dannosa per il ripristino del circolo la legatura di un'arteria che l'asportazione di un tratto di essa. Stricker e Orban, dietro consiglio dell'A., hanno asportato in più tempi in dei cani tutte le grandi arterie all'infuori delle carotidi, dell'aorta toracica e addominale fin sotto l'origine della mesenterica inferiore; in tutti i casi si formò un circolo collaterale tale che l'animale non risentiva in definitiva nessun danno della mancanza delle arterie. Al contrario si avevano notevoli disturbi quando le arterie venivano soltanto legate.

In base a tali ricerche cliniche e sperimentali l'A. dal 1916 ha eseguito numerose arteriectomie per occlusioni arteriose in seguito a legatura, trauma, trombosi acuta, arterite da congelazione, embolie, arteriti localizzate e trombosi recente da arteriosclerosi.

I migliori risultati furono ottenuti nei casi in cui fu tecnicamente possibile asportare interamente la parte obliterata dell'arteria. Di conseguenza l'arteriectomia è di scarso valore nella tromboangioite obliterante in quanto l'obliterazione arteriosa è troppo estesa per consentire una completa asportazione.

P. STEFANINI.

Iniezioni di glicerina nel trattamento delle varici col metodo sclerosante.

(F. MAGNON, CH. GRANDCLAUDE et M. LAMBRET. *Presse médicale*, 17 giugno 1931).

Gli autori si sono indotti a sperimentare la glicerina nel trattamento sclerosante delle varici avendo notato le proprietà sclerosanti di essa in occasione di ricerche sperimentali di altra natura.

Essi hanno dapprima sperimentato su 47 cani iniettando da 3 a 5 cc. di glicerina neutra al 30 % nelle safene degli animali.

Notano anzitutto la indolenza dell'iniezione se eseguita correttamente nel lume vasale.

Mettono quindi in rilievo una interessante diversità di reazione da parte del vaso iniettato alla 1ª e alla 2ª iniezione.

Mentre alla 1ª iniezione segue una debole reazione locale costituita da un lieve ispessimento delle pareti della vena constatabile qualche ora dopo l'iniezione, dopo la 2ª iniezione si ha invece una reazione violenta ed immediata consistente in una tumefazione enorme del vaso che porta poi alla sclerosi con obliterazione completa.

L'intervallo di tempo fra la 1ª e la 2ª iniezione ha grande importanza per lo stabilirsi di questo fenomeno poichè esso non avviene se la 2ª iniezione è fatta a non più di 24 h. di intervallo. Ha diremo così il suo optimum di produzione se la 2ª iniezione è fatta a 6-8 giorni di distanza dalla prima, diminuisce la diversità di reazione fra la 1ª e la 2ª iniezione se l'intervallo supera i 14-15 giorni.

Gli autori lo spiegano con la dottrina dell'anafilassi: la 1ª iniezione mortificando le cellule delle pareti vasali e determinando l'assorbimento dei loro prodotti tossici sarebbe l'iniezione sensibilizzatrice; la 2ª iniezione con lo stesso meccanismo quella che scatena la reazione.

Il metodo è stato applicato all'uomo e sono stati trattati numerosi casi di varici di cui gli autori per brevità riportano solo 5 casi di vecchi cardiopatici. Si sono iniettati volta per volta 5 o 10 cc. di soluzioni al 50 % o al 75 % di glicerina in acqua distillata.

Le iniezioni sono state fatte in numero di tre o quattro a distanza di cinque giorni circa una dall'altra. La sclerosi si è determinata quasi sempre dopo la terza iniezione. Gli ammalati non hanno dimostrato alcun disturbo.

La glicerina ha il vantaggio di essere una sostanza più sclerosante e meno tossica delle altre fino ad oggi adoperate.

B. PAGGI.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

V. Morax. *Précis d'ophtalmologie.* Quatrième édition. Vol. in-8° di pagg. 900. Masson et C., Paris, 1931. Fr. 90.

Il libro del Morax arrivato alla sua quarta edizione è uno dei migliori libri pratici di oculistica che siano apparsi in questi ultimi anni, chiaro e completo, con cenni su tutti i più moderni mezzi di indagine, arricchito di un buon atlante di oftalmoscopia.

Comincia con l'esporre la tecnica operatoria con tutte le avvedutezze come solo un così provetto operatore quale il Morax poteva dettare, sulla preparazione del malato, sulla disinfezione, anestesia, ecc. Nei capitoli seguenti ove tratta delle varie malattie oculari vi è sempre la descrizione clinica accompagnata da buone nozioni anatomo-patologiche. A proposito delle palpebre e parti vicine sono indicati i più importanti e moderni metodi di plastica. Complesso il capitolo delle dacriocistiti nel quale sono insegnati i metodi di asportazione del sacco lagrimale e di dacriocistorinostomia, bene illustrati con figure dimostrative. Nel capitolo che tratta delle malattie della cornea fermano l'attenzione i metodi di esame colla lente di Beebe e colla lampada a fessura, i quali dallo stato di integrità o di non integrità dell'epitelio corneale facilitano il riconoscimento della eventuale natura esogena o endogena dei processi patologici, e permettono anche di stabilire la profondità di eventuali corpi stranieri infissi nella cornea. Bene descritti i metodi di sutura corneale e di ricoprimento congiuntivale.

Ulteriormente si trovano importanti criteri sulla lussazione del cristallino, sull'operazione di cataratta, sull'esame delicato dello scotoma centrale, sulla plastica per simblefaro, sui corpi stranieri nel vitreo, ecc. È trattato poi estesamente della diafanoscopia, della misura della tensione vascolare, della misura della tensione oculare. Discusso sulla cosidetta embolia dell'arteria centrale della retina, che più frequentemente sembra esser piuttosto effetto di una trombosi sviluppatasi nel vaso stesso per processi di periarterite od endoarterite. Sulla ottalmia simpatica, di cui l'autore mette in dubbio la pretesa patogenesi anafilattica, persuaso che la malattia sia piuttosto un processo infettivo.

Dopo un esteso capitolo sui difetti di riparazione e accomodazione, vi sono capitoli che trattano delle varie sindromi cerebrali, dei disturbi dell'apparecchio motore, dove sono toccati magistralmente i problemi delle paralisi semplici e delle paralisi associate. Altri sulla sifilide cerebrale, sulla tabe, sulle sindromi simpatiche, sulle affezioni dell'orbita e dei seni. Infine vi sono accenni di infortunistica, insegnamenti sull'arte di formulare, fra cui i nuovi metodi di cura per la infezione sifilitica, la sieroterapia, ecc. G. O.

D. Bruno. *Manuale di Oculistica,* 2ª ediz., Vol. in-16° di pagg. 300, Milano, Hoepli, 1931, L. 16,50.

È un *aide-memoire* per studenti e per medici, che tratta la materia con semplicità e chiarezza. Buoni gli insegnamenti che dà sull'uso degli occhiali, anche dei moderni punctal e ombral. Buoni i capitoli sugli infortuni sul lavoro, sulla elettroterapia oculare, nonchè ben fatto il formulario terapeutico.

G. O.

G. Ovio. *La vision des couleurs,* avec 19 planches en couleurs et 129 illustrations. Paris, F. Alcan, 1932, Prix 100 francs.

È la seconda edizione di questo libro che ora esce in francese in magnifica veste tipografica e contiene un nuovo capitolo sui colori per doppia rifrazione a luce polarizzata, ha ampliato e completato il capitolo sull'esame dei difetti del senso cromatico, e molte aggiunte su tutti gli altri capitoli.

A. P.

Karl Wessely. *Stereoskopischer Atlas der äusseren Erkrankungen des Auges.* Vierte Lieferung, I. F. Bergmann. München, 1931. Mk. 12.

È il quarto fascicolo di questa interessante collezione di fotografie a colori stereoscopiche delle principali malattie esterne dell'occhio, dovuta al Direttore della Clinica Oculistica Universitaria di Monaco di Baviera. È la prima volta che si riesce a completare un lavoro di questo genere grazie all'uso della camera di Zabel e di speciali lastre cromatiche Lumière, dove non solo col colore e col rilievo stereoscopico l'occhio sembra vivo, ma dove, in grazia della plasticità con cui il disegno si presenta, si può perfino rilevare in profondità i vari piani dove risiedono le alterazioni patologiche. In questo fascicolo sono riprodotte le seguenti malattie:

Pterigo. Tumore epiteliale del lembo. Fistola lagrimale traumatica. Xerosi. Melanosarcoma della coroidea. Irite tubercolare. Cataratta zonulare. Lussazione del cristallino. Scheggia metallica nella camera anteriore. Ulcera vaccinica delle palpebre. Merita di essere notato come spesso in queste fotografie il rilievo e la vivacità siano ottenute per la sovrapposizione di due fotografie molto dissimili fra loro, dove per esempio le due aperture palpebrali sono di differente ampiezza, le cornee in posizioni differenti, rispetto agli angoli della rima palpebrale, ecc.

G. O.

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta del 30 gennaio 1932-X.

Presiede il prof. S. BAGLIONI, presidente.

Sopra un caso di Leishmaniosi in adulto.

Prof. S. SILVESTRI. — L'O. riferisce la storia clinica ed il reperto anatomico di un caso di kala-azar osservato in un uomo di 36 anni. Richiama l'attenzione sulla necessità di una diagnosi precoce, e fa rimarcare come questa è possibile con la puntura splenica, dato il reperto spesso negativo nel sangue circolante.

Prof. V. GHIRON e Dott. R. GRASSO. — *Sull'ipoglicemia sperimentale.*

Colture di tessuti in plasma di animali irradiati.

Dott. A. CALÒ. — La coltura di tessuti embrionali di pollo e di tessuti neoplastici in plasma di animali aventi subìto processi vari di irradiazione con raggi Röntgen dimostra che sono presenti nel circolo di animali irradiati sostanze, la cui insorgenza va riferita al processo di irradiazione, e aventi proprietà di eccitamento o di inibizione sulla crescita dei tessuti coltivati.

Vengono esaminati tali ed altri reperti in rapporto a vari problemi di radiologia e di etiologia dei neoplasmi.

Sulla cosidetta vitamina della fecondità (Fattore E).

Prof. V. ZAGAMI. — L'O. si è proposto di portare contributi sperimentali alla ulteriore conoscenza del nuovo fattore (fattore E o vitamina E), sul quale è stata richiamata l'attenzione da Evans e Bishop.

Dalle osservazioni, che egli finora ha già eseguito, risulta che ratti, sottoposti all'età di 27 giorni o ad epoca più inoltrata di vita ad alimentazione con diete sintetiche composte di caseina, amido, lardo, miscuglio salino di Pappenheimer, Mc. Cann e Zucker, olio di fegato di merluzzo e lievito di birra, con aggiunta o senza di succo di limone, in appropriate proporzioni, sono cresciuti perfettamente bene, mantenendo sempre ottime condizioni generali; ma la funzione riproduttiva è rimasta in ogni caso, più o meno presto, danneggiata gravemente.

Nei maschi ciò è risultato connesso con una netta diminuzione delle dimensioni dei testicoli in specie, e dell'apparato genitale in genere, e con la mancanza di produzione ed eliminazione di spermatozoi; nelle femmine invece sembra connesso con la morte dell'embrione in epoca più o meno avanzata di gestazione, normale rimanendo l'ovulazione, la fecondazione e l'annidamento dell'uovo.

Il prof. AMANTEA domanda la parola per chiarire il motivo che lo indusse a consigliare al prof. Zagami di intraprendere nel suo laboratorio le ricerche riferite; e per esprimere l'opinione personale, che si è potuta formare, seguendo da vicino le esperienze, che lo stesso prof. Zagami ha condotto pazientemente e scrupolosamente per oltre un anno.

Intervento per embolia della polmonare. Operazione di Trendelenburg.

Prof. P. VALDONI. — L'O. dopo un breve cenno storico sulla operazione di Trendelenburg, riferisce di un caso di embolia della polmonare così operato: il paziente non ha sopravvissuto all'intervento. L'autopsia ne dimostrò la ragione nella diffusione a tutti i rami maggiori dell'embolo della polmonare. Discute l'indicazione operatoria e illustra la tecnica seguita.

Alcool e insulina.

Prof. A. GALAMINI. — L'O. ha somministrato a conigli alcool e insulina per via endovenosa a brevissima distanza di tempo, e ha visto aumentare la resistenza degli animali all'azione tossica delle due sostanze.

Il Segretario: G. AMANTEA.

Società di Coltura Medica Novarese.

Seduta del 14 gennaio 1932.

Presidente: Prof. PAOLO PIETRA.

Natura e limiti dell'immunità tubercolare.

Prof. G. F. CAPUANI. — L'esistenza di una immunità tubercolare è dimostrabile con prove che si possono trarre dall'epidemiologia, dalla clinica e dalla prova sperimentale. L'immunità, ritenuta di natura umorale per la scoperta degli anticorpi tubercolari, si è dimostrata invece di non essere tale, quando si è potuto constatare che questi anticorpi non esplicano una vera e propria azione difensiva. Però si deve tener presente che negli umori organici esistono altri anticorpi non devianti il complemento, e la cui funzione litica sul bacillo di Koch non può essere messa in dubbio, sebbene non raggiunga forse un grado di sufficiente attività. Lo stesso vale per i fenomeni lipolitici.

L'immunità istiogena è chiaramente dimostrabile sia sperimentalmente che clinicamente, e si fonda sull'attività granulo-pessica del sistema reticolo endoteliale. Non tutti gli aspetti di questa funzione sono però ugualmente utili alla difesa organica; la fagocitosi è la causa prima della formazione della cellula gigante del tubercolo e della riproduzione del germe, e perciò rappresenta il punto di partenza di tutta la tisiogenesi; la sua azione si svolge invece a favore dell'organismo solo in quanto determina una localizzazione del processo morboso facilitando così all'organismo il suo compito di riassorbimento o di fibrosi cicatriziale che sarebbe meno facile od addirittura impossibile se il processo fosse più esteso. L'immunità tubercolare è quindi assai relativa ed assai limitati sono i risultati che se ne ottengono; è opportuno pertanto svolgere la lotta antitubercolare in modo da tenerla bensì come base importante ma non dimenticando che con la profilassi si possono ottenere risultati più sicuri. È quindi perfetta quell'azione che approfitti di ambedue tali metodi, perchè solo dal loro sinergismo si potrà risolvere il problema epidemiologico della tubercolosi. Intervengono nella discussione il prof. MEINERI ed il prof. PIETRA.

Morfologia clinica e profilassi antitubercolare.

Dott. C. A. LUZZATTI. — L'O., ufficiale sanitario di Pallanza, prende a considerare l'abito costituzionale dei fanciulli inquadrati nell'O. N. B. della città, in tutto 315, e trova il 48 % rappresentato dall'abito longilineo astenico. Cita un'ampia bibliografia sull'argomento e ritiene che sia opportuno intensificare l'osservazione sui bambini che presentano tale predisposizione alla tubercolosi.

Intervengono nella discussione il prof. CAPUANI ed il prof. PIETRA.

Sindromi sensitivo-motorie di origine funzionale.

Prof. G. VERCELLI. — L'O. fa osservare la frequenza, nella pratica, dell'equivoco diagnostico di sindrome organica per funzionale e viceversa.

Difficoltà che, specialmente nelle associazioni istero-organiche, può presentare il problema diagnostico differenziale.

Importanza della precocità di un sicuro riconoscimento, di competenza strettamente neurologica, dal punto di vista medico-legale e terapeutico.

Presentazione di casi clinici: emiplegia stabilitasi ad ictus in un giovane ventenne: paraplegia post-traumatica, contrattura paraplegica in una giovinetta con eccezionali deformazioni articolari; sindrome simulante una compressione midollare con paraparesi spastica e ritenzione vescicale in una giovine donna, finalmente riconosciute di natura funzionale e rapidamente risolte.

Dott. D. CANTONE. — *Meningiti linfocitarie benigne.*

Dott. C. DUC. — *Scheggie di pietra sull'iride.*

Il Segretario: Dott. LUIGI FERRERO.

Associazione Medico-Chirurgica di Alessandria.

Seduta del dicembre 1931.

Esiste un'autointossicazione intestinale?

Prof. DEBENEDETTI. — Tracciata in breve la storia dell'autointossicazione intestinale, l'O. riferisce sullo stato attuale della questione, ponendo in rilievo il fatto che precise analisi chimiche hanno dimostrato che nell'intestino si formano numerose sostanze tossiche. Queste di norma sono rese inoffensive da svariati meccanismi di neutralizzazione ma, in particolari circostanze morbose, giungono in circolo e spiegano la loro azione nociva.

Lo studio chimico dell'autointossicazione intestinale ha permesso di precisare quali siano le malattie che si accompagnano all'immissione in circolo di sostanze tossiche; l'O. fa rilevare come il numero di tali malattie sia assai piccolo e come, al contrario, molti di quei disturbi tradizionalmente attribuiti ad autointossicazione non abbiano con questa nulla a che vedere. E' opportuno quindi abbandonare il vago e poco fondato concetto di autointossicazione intestinale come sindrome autonoma, cercando con un'analisi seria di giungere alla diagnosi delle innumerevoli malattie che si possono nascondere sotto la fallace maschera dell'autointossicazione, la quale, del resto, anche nei casi nei quali è stata chimicamente provata, non costituisce che un sintomo di altre malattie e non assume mai un rango eziologico.

Dott. SARDI. — *Guarigione spontanea di caverne polmonari tubercolari.*

Di un semplice artificio per facilitare certe punture esplorative.

Dott. U. FERRARIS. — Quando i dati semeiotici indicano che nella pleura vi è uno strato sottile di liquido la puntura esplorativa è facilitata se nella siringa avvenga un'autopreaspirazione. Per ottenere la quale è necessario che la siringa sia munita:

a) di un congegno speciale che permetta d'arrestare lo stantuffo in qualunque punto del suo percorso;

b) d'un rubinetto a perfetta chiusura in vicinanza del punto di innesto dell'ago.

Si procede in questo modo: 1) si chiude il rubinetto; 2) si fa il vuoto nel corpo di pompa della siringa, che viene automaticamente mantenuto fermando lo stantuffo coll'adatto congegno; 3) si impianta l'ago nel luogo scelto della superficie toracica alla profondità di uno o due cm.; 4) si apre il rubinetto; 5) si spinge l'ago attraverso lo spazio intercostale e poi si approfonda lentamente. Appena la finestra dell'ago viene a pescare nel liquido, questo sale rapidamente nel corpo di pompa della siringa.

L'autopreaspirazione è anche utile nelle punture esplorative delle raccolte molto dense perchè la aspirazione inizialmente forte rende difficile l'ostruzione dell'ago. Il caso pratico potrà poi suggerire anche altre numerose applicazioni di questo metodo.

Dott. C. CURRADO. — *Peritonite pneumococcica.*

La glucosio-insulinoterapia (C. I. T.) nelle malattie di cuore.

Dott. C. CURRADO. — Recenti comunicazioni di Autori, in prevalenza francesi, hanno richiamato l'attenzione sul risultato favorevole della somministrazione quotidiana, durante una quindicina di giorni, di 50-100 gr. di glucosio (o di saccarosio), preceduta dall'iniezione di 5-10 unità d'insulina, in casi di cardiopatia di nature svariate.

Le asistolie irreduttibili per inefficacia progressiva dei cardiotonici abituali costituirebbero il vero campo di azione di questa terapia (sola o associata ai comuni cardiotonici), determinando un miglioramento dei segni funzionali ed il ripristino della diuresi.

Nelle iposistolie ancora superabili colla digitale la G. I. T. darebbe risultati altrettanto buoni e più durevoli che la stessa digitalina. Nell'insufficienza ventricolare sinistra, quando la uabaina rimane inefficace, il metodo in parola può ancora avere successo, tanto più probabile quanto meno il miocardio è alterato; mentre in casi molto avanzati è necessaria l'associazione dei cardiotonici.

Poca influenza la G. I. T. avrebbe dimostrato invece sui disturbi del ritmo, sull'ipertensione arteriosa e sull'insufficienza cardiaca dei basedowiani. Nessun effetto nelle cardiopatie infettive acute.

L'O. ha esperimentato il nuovo metodo in tre malati affetti da insufficienza aortica (luetica in due casi, reumatica nel terzo), con insufficienza del ventricolo sinistro (dispnea, cardiopalmo, accessi stenocardici, ritmo di galoppo, ecc.), associando opportunamente l'abituale terapia medica. Non ha però ottenuto risultati favorevoli; tutt'al più ha osservato una leggera e breve remissione dei disturbi soggettivi in due casi, ma si domanda se gli abituali mezzi terapeutici non avrebbero ottenuto da soli lo stesso effetto. L'O. conta tuttavia di non arrestarsi a questa prima esperienza negativa, data la grandissima importanza dottrinale e pratica dei risultati favorevoli riferiti da altri osservatori.

Il Segretario.

Società Medico-Chirurgica Bellunese.

Seduta del 2 dicembre 1931.

Presidenza: Prof. G. PIERI, presidente.

Prof. A. NATALI. — *Il dolore nelle malattie dell'apparato digerente.*

Il trapianto osseo nella cura della tubercolosi osteoarticolare.

Prof. G. PIERI. — L'O. premette che abitualmente i gravi casi di tubercolosi osteo-articolare vengono da lui curati nell'adulto con la resezione, e che riserva il trapianto osseo ai soggetti inferiori ai 20 anni. Riferisce su 18 casi trattati, nei quali il periodo di osservazione postoperatoria è superiore ai 3 anni.

In 8 casi fu usato il processo di Robertson Lavalle, che consiste nella infissione di caviglie ossee (prelevate dal paziente) nello spessore delle epifisi limitrofe all'articolazione: furono così trattati 3 casi di coxite, 2 di gonite e rispettivamente un caso di artrosinovite della spalla, del gomito, dell'articolazione tibioastragalica. I risultati furono buoni in 3 casi (guarigione clinica), discreti in 2 casi (miglioramento), sfavorevoli in tre casi (peggioramento).

In 10 casi l'O. adottò una tecnica diversa, attraversando a tutto spessore con un robusto trapianto osseo l'articolazione: questo processo operatorio aggiungerebbe all'azione biologica del trapianto osseo secondo Robertson Lavalle (drenaggio delle tossine, decongestione delle epifisi, apporto di sali di calcio...) una azione meccanica diretta alla immobilizzazione dell'articolazione (si trattava di casi destinati comunque alla anchilosi per la distruzione delle superfici articolari).

Esso fu applicato in 4 casi di gonite (tutti guariti), in 1 caso di tubercolosi tibioastragalica (dopo oltre 3 anni di guarigione apparente da alcuni mesi sono ricomparsi dolori), e in 5 casi di tubercolosi sacroiliaca (tutti concernenti soggetti fra i 19 e i 28 anni) nei quali fu praticato il doppio inchiodamento autoplastico, e la guarigione si mantiene. L'O. presenta 4 dei pazienti così operati.

Sulle lesioni traumatiche da sports invernali.

Prof. S. VACCHELLI. — L'O. intende per lesioni traumatiche da sports invernali quelle che sistematicamente si avverano con maggiore frequenza e con caratteristica sintomatologia clinica e radiografica: questo in quanto il meccanismo con cui si producono si ripete sistematicamente per tutte. Chi ha occasione di vedere un gran numero di traumatizzati da sports invernali può approssimativamente diagnosticare dal tipo di lesione quale è l'attrezzo sportivo che la ha procurata.

Le lesioni caratteristiche dello sci sono quelle a carico degli arti inferiori, e di regola avvengono per trauma indiretto e con meccanismo di torsione. L'articolazione più colpita è il ginocchio, che soffre per lacerazione del legamento laterale interno (qualche volta accompagnata da frattura parcellare per distacco dell'inserzione tibiale o femorale), o per lesioni del menisco interno, o, più raramente, per rottura dei legamenti crociati. In ordine decrescente per frequenza vengono le distorsioni malleolari, le fratture del malleolo interno, le fratture della tibia e quelle del femore. Caratteristica inoltre la frattura per torsione di uno o più metacarpi negli sciatori che cadono impugnando le racchette.

Anche lo slittino e il *bobys* procurano una lesione caratteristica, ed è la frattura spirale delle ossa della gamba, mentre il *bob* può procurare lesioni al capo ed al tronco per proiezione (di chi lo monta) fuori pista, o fratture trasversali degli arti da schiacciamento.

L'O. illustra la sua comunicazione con proiezioni sia di radiogrammi sia di disegni riproducenti caratteristiche cadute degli sciatori.

Blocco controlaterale del diaframma da lesione traumatica.

Prof. M. LAPENNA. — Un uomo di media età era stato investito e gettato a terra violentemente da una bicicletta; nel trauma aveva riportato la frattura delle costole 7ª e 8ª di sinistra.

L'esame radiologico eseguito due giorni dopo dimostrava a sinistra, oltre le fratture costali, un modico versamento pleurico, e a destra si constatò con sorpresa che il profilo diaframmatico era risalito di circa 5 dita sopra il livello normale, e appariva animato da netto movimento paradosso nel respiro.

Mancando qualunque altra causa, toracica e addominale, che in rapporto col trauma potesse spiegare l'alterazione del diaframma destro, si sospettò che tale alterazione fosse preesistente al trauma e, comunque, indipendente da questo (stenosi parziale ? compressione di un bronco ?).

Riesaminato il paziente dopo un mese si constatò che, dileguato ogni sintomo subbiettivo, era scomparso anche il versamento a sinistra ed era tornato perfetto il funzionamento del diaframma destro.

È difficile trovare un rapporto diretto tra il trauma e il blocco del diaframma. Evidentemente la paralisi completa di questo deve essersi prodotta in via riflessa. Il caso è istruttivo perchè reca un contributo alla patogenesi del respiro paradosso, evidentemente dovuto a una paralisi vera e propria del diaframma.

Su 100 colecistectomie per colecistiti non calcolose.

Dott. G. BOMBI. — Su 223 interventi per colecistite cronica, furono osservati 100 casi di forme non calcolose le quali, a differenza delle forme litiasiche, provocavano sofferenze subcontinue, con notevoli ripercussioni sul resto dell'economia (specie sull'apparato digerente e sul sistema nervoso).

Clinicamente egli distingue tre tipi: uno caratterizzato da sofferenze sobcontinue e coliche epatiche tipiche a intervalli, uno caratterizzato sopratutto dalla dispepsia, e un terzo che ha più il carattere di una sindrome tossica (dimagramento, pallore, astenia).

Per la corretta diagnosi della colecistite non calcolosa sono indispensabili due indagini: quella radioscopica, e il sondaggio duodenale di Meltzer Lyon. Queste in alcuni casi di apparente colecistite dimostrarono trattarsi invece di atonia della cistifellea.

La terapia consistette in tutti i casi nella colecistectomia; in 3 casi si ebbe la morte in seguito alla operazione (in un caso per bronco-polmonite, nel secondo per peritonite ipersettica, nel terzo per atrofia gialla acuta).

I risultati furono ottimi nel 70 % dei casi; nel 30 % residuarono disturbi dovuti o ad aderenze, o a turbe riflesse motorie o secretorie da parte dello stomaco o intestino, o a disturbi di scarico della bile nel duodeno (forse da alterazioni funzionali dello sfintere di Oddi).

PIERI conferma le osservazioni dell'O. sulla difficoltà di differenziare i disturbi da colecistite da

quelli per atonia della cistifellea; e sulla massima importanza, per la diagnosi differenziale, della radioscopia e della prova di Meltzer Lyon.

Egli ha da alcuni anni rivolto la sua attenzione alle nevrosi della cistifellea, che egli distingue in nevrosi dolorose e in nevrosi motorie (asteniche e ipersteniche), e per le quali pratica adeguati interventi chirurgici sul sistema nervoso viscerale: ramisezioni, nevrotomie, gangliectomie.

Lapenna conferma l'importanza della colecistografia per la diagnosi di colecistite non calcolosa, ritenuto che i sintomi diretti (caratteri dell'ombra colecistografica) abbiano maggior valore di quelli indiretti (deformazioni degli organi finitimi).

Sull'impiego delle soluzioni ipertoniche nell'ileo postoperatorio.

Dott. Mantovani Orsetti. — L'O. riferisce due casi di ileo post-operatorio (un caso di ileo paralitico e un caso di ileo duodenale) nei quali ha avuto un buon risultato dal trattamento con iniezioni endovenose di soluzioni ipertoniche di cloruro di sodio (5 cc. di soluzione al 20 % ogni tre ore).

Dopo aver esaminato le teorie proposte a spiegare il meccanismo di azione di tali soluzioni ipertoniche (teoria di Harden e Orr, di White, di Dogliotti e Mairano, ecc.), l'O. si sofferma a considerare la questione dal punto di vista fisico-chimico; egli pensa che la ipocloruremia da occlusione possa determinare una alterazione nell'equilibrio ionico Na-K-Ca del plasma e conseguentemente una alterazione nell'equilibrio del sistema nervoso vegetativo, e che pertanto il cloruro di sodio introdotto nell'organismo a scopo terapeutico serva a riparare alla alterata Na-K-Ca isoionia.

Il Segretario: Dott. G. Locatelli.

Società di Coltura Medica della Spezia e Lunigiana.

Seduta del 29 gennaio 1932.

Presiede il prof. Rinaldo Cassanello.

A proposito di "Sindromi associate dell'addome destro".

Prof. dott. M. Francini. — L'O. trae argomento per la sua comunicazione dalla relazione Leotta e dall'ampia discussione ad essa conseguita nel recente Congresso chirurgico di Bari, per esaminare, sulla scorta della propria esperienza clinica, la questione delle sindromi associate dell'addome destro.

Riconosce al Leotta il merito di avere diligentemente ed ordinatamente studiato tali sindromi e speciale valore ritiene che abbiano i suoi rilievi di ordine anatomo-patologico. Non crede però di dover consentire nella opportunità della sostituzione di un nuovo vasto ed indeciso quadro nosologico, ai singoli capitoli nei quali viene opportunamente suddivisa la patologia dell'addome destro.

Nel campo della patogenesi crede che le periviscerititi, le quali, anche secondo il Leotta, costituiscono il substrato anatomico della sindrome addominale destra, derivino più facilmente dalla colite cronica, con o senza compartecipazione della appendice, anzichè dalla appendicite, caratterizzata, secondo il concetto di Aschoff da un innesto batterico localizzato con evoluzione flemmonosa e precoce compartecipazione peritoneale, e dai reliquati cicatriziali di tale processo acuto.

Neppure crede di poter accettare i criteri patogenetici enunciati a proposito delle sindromi addominali destre con ulcera e con colecistite, secondo i quali ulcera e colecistite non sarebbero altro che conseguenze di una flogosi appendicolare.

Per la terapia è contrario alla esplorazione sistematicamente totalitaria. Tale esplorazione deve limitarsi a quei casi in cui si sia clinicamente diagnosticata, o presunta, una sindrome associata, od in cui un insufficiente reperto operatorio consigli di cercare altrove la spiegazione della sintomatologia osservata.

Qualche osservazione sull'igiene delle moto-navi.

Prof. dott. L. Sestini. — L'O. pone il quesito se la moto-nave, che rappresenta un progresso meccanico ed economico nella industria dei trasporti marittimi, offra, in confronto dei piroscafi a combustione di carbone o liquida, altrettanto beneficio igienico, in particolar modo, per il personale addetto alle macchine.

Tenendo conto delle notizie, non molto abbondanti invero e quasi esclusivamente cliniche, raccolte — in specie nelle officine ove si usano motori fissi a scoppio o a combustione interna — addita quali siano le principali cause di inquinamento dell'aria degli ambienti, in dipendenza degli olii combustibili e lubrificanti usati in questi macchinarii. Ne deduce che principale misura di bonifica dell'ambiente di lavoro deve considerersi la ventilazione, che deve essere studiata in modo del tutto particolare perchè questa sia non solo correttrice dell'aria respirabile, ma anche della temperatura ambiente, che mentre sui piroscafi è generalmente e quasi impunemente elevata in tutto l'ambiente di macchina, sulle moto-navi presenta zone di temperatura elevata ed altre di temperatura fredda.

Conclude proponendo — ancora una volta — che gli igienisti navali si occupino di studiare, con ricerche sperimentali:

1) quali siano le più comuni cause fisico-chimiche di inquinamento dell'aria degli ambienti di lavoro e contigui sulle moto-navi, in confronto dei piroscafi;

2) quali siano gli eventuali gas e vapori nocivi negli ambienti stessi ed il grado di viziamento particolare;

poi raccogliendo dati statistici e clinici:

3) quali siano le malattie e gli infortuni più comuni del personale addetto alla conduzione dei motori navali per costituirne, eventualmente, la nosografia specifica, e poter così, in accordo coi tecnici, stabilire i mezzi per prevenire gli inconvenienti rilevati e ridurre al minimo l'eventuale morbosità professionale dei motoristi.

Dott. D. Rolland. — *Voluminosa cisti dermoide suppurata dello spazio retto-sacro-coccigeo in donna gravida al 4° mese.*

Il Segretario: Dott. Domenico Rolland.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Angina agranulocitica.

L'agranulocitosi, osserva P. Taddei (*Il Morgagni*, 13 dicembre 1931) fu descritta da Schultz nel 1922. Caratteristica di quest'angina necrotica (che inizia con febbre e si accompagna ad astenia e qualche volta ad ittero) è la leucopenia con scomparsa o quasi dei polinucleari, con presenza unica o quasi di mononucleari. Non si hanno elementi patologici (a volte solo cellule di Turck) e nemmeno fenomeni emorragici (nei casi di Schultz).

La malattia dura da 3 giorni a 3 settimane. L'esito è quasi sempre mortale.

Caratteristiche anatomopatologiche: aplasia del parenchima mieloide del midollo osseo, scomparsa dei polinucleari dal sangue circolante, presenza di lesioni nevrotiche varie (mucosa bucco-faringo-laringea, digestiva, genitale).

Numerosi germi furono trovati dai vari autori, senza che si possa attribuire valore ad uno solo di essi.

Schultz la considera dovuta a una alterazione primitiva dell'apparato leucomieloide preesistente all'angina. Secondo Gamna i fatti emorragici mancano nei casi tipici di Schultz solo per la precocità della morte.

Ci sono casi secondari ad intossicazioni da arsenobenzolo, da torio, da raggi X.

Il Dubois partendo dal concetto attribuito a Merklen ma che bisogna rivendicare a Patella che i monociti abbiano origine dai capillari sanguigni, sostiene che la malattia interessi il sistema reticolo-endoteliale.

L'A. descrive un caso di angina agranulocitica, di cui non si è potuto trovare un germe che possa esserne la causa e in cui ci furono manifestazioni emorragiche e lesioni del sistema reticolo-endoteliale del fegato. Cita poi un caso di Capecchi insorto dopo cura di neocrisolo, che può avere provocato il manifestarsi della malattia. R. LUSENA.

Agranulocitosi bismutica.

A. Sézary e G. Boucher (*Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 27 nov. 1931) riportano il caso di un individuo di 42 anni affetto da stomatite bismutica dovuta all'uso prolungato di supposte contenenti un sale di bismuto. La stomatite guarì in pochi giorni, sotto l'influenza di cure locali, ma il malato continuò a perdere le forze e ben presto presentò il quadro di una agranulocitosi con anemia aplastica di intensità media.

Questa osservazione è dunque un nuovo caso di agranulocitosi di origine bismutica da aggiungere a quelli già noti, ma raccolti nei sifilitici trattati con iniezioni intramuscolari. Se l'intossicazione bismutica ha provocato in questo malato una tale complicazione, ciò è dovuto evidentemente ad una predisposizione. Infatti da molto tempo la salute di quest'uomo lasciava a desiderare. Senza dubbio il suo sistema ematopoietico era da molto tempo alterato; egli aveva lavorato per parecchi anni in una casa di automobili in cui respirava dei vapori di benzolo. Inoltre le emorragie leggere ma ripetute delle sue emorroidi, provocate forse da un'alterazione sanguigna, dovevano avere influito sul suo midollo osseo.

Dal punto di vista pratico, l'osservazione dimostra che l'uso molto prolungato di supposte bismutiche può essere seguito da accidenti tossici, sia pure con il concorso di circostanze poco comuni. C. TOSCANO.

Valore della cura col fegato.

Nella riunione della Royal Society of Medecine tenutasi a Londra il 24 marzo 1931 (*The British Medic. Journ.*, 4 aprile), si discusse ampiamente su questo argomento.

J. Vaughan disse che le anemie che reagiscono alla cura epatica con estratti di fegato sono l'anemia perniciosa idiopatica, quella della gravidanza e quella con lesioni intestinali e lo sprue.

Reagisce al fegato totale l'anemia postemorragica.

Al fegato totale e al ferro reagiscono le anemie secondarie da denutrizione, da cancro, da emorragia. Le anemie che non risentono della cura epatica sono l'anemia acloridrica semplice (che invece migliora col ferro) e le anemie della leucemia, del m. di Banti, della nefrite, della sepsi, dell'ittero acolurico, della cirrosi epatica e dello scorbuto. Anche l'anemia aplastica, l'emofilia e la porpora non traggono benefici dalla cura di fegato.

S. C. Dyke ha insistito sui segni più importanti per la diagnosi: aumento di volume delle emazie, emolisi, e acloridria.

Se dopo 5 giorni di cura col fegato non si trova un aumento dei reticolociti è inutile continuare.

Buoni risultati nella cura dell'anemia perniciosa con stomaco di porco e di merluzzo ha avuto J. F. Wilkinson. R. LUSENA.

L'associazione del rame al ferro nel trattamento delle anemie infantili.

M. S. Lewis (*Journ. Amer. Med. Assoc.*, 4 aprile 1931) ha trovato molto giovamento nell'associare il rame al ferro nella cura delle anemie infantili; l'aggiunta del rame, dopo avere iniziata la cura col ferro, ha prodotto

una forte e rapida elevazione del numero delle emazie e del contenuto emoglobinico.

In bambini di 14-18 mesi, l'A. ha dato carbonato di ferro saccarato (65 cg. tre volte al giorno) con 4 cmc. di una soluzione al 0,5 % di solfato di rame. In un bambino di 8 mesi, la dose del ferro era ridotta a 30 cg., mentre quella del rame era la stessa. *fil.*

Splenectomia nella porpora emorragica.

Da quando Kaznelson (1916) (*The Journ. of the Amer. Medic. Assoc.*, 19 settembre 1931) ha notato aumento delle piastrine e scomparsa delle emorragie nella porpora emorragica dopo splenectomia, furono riferiti vari casi.

La splenectomia sperimentale sugli animali ha dimostrato un ritorno del numero normale delle piastrine dopo 3 settimane nella cavia. Un aumento considerevole delle piastrine è stato osservato da Bedson bloccando il sistema reticolo-endoteliale. Egli ottenne porpora sperimentale nella cavia con siero antipiastrinico e una certa protezione contro questa porpora sperimentale c'è colla splenectomia.

Dawbarm, Earlam ed Evans videro nell'uomo aumentare il numero delle piastrine con altri interventi oltre che con la splenectomia. Secondo Steiner e Gunn la trombocitosi post-operatoria dipende non dalla splenectomia ma dal traumatismo operatorio.

Da una rivista della letteratura Spence ha notato che dei 101 casi noti di porpora curati colla splenectomia, si ebbe guarigione nell'80 %, però solo pochi casi erano stati seguiti per più di qualche mese dall'operazione. In tre casi di Kaznelson, la guarigione durava da più di 3 anni. Ricadute della malattia furono viste dopo 2 anni dalla splenectomia da Whipple. R. LUSENA.

SEMEIOTICA.

La clinica delle forme di movimento.

P. Karger (*Deut. Med. Woch.*, 3, 1932) ricorda che la risposta agli stimoli è una funzione centrale, e che il movimento rappresenta appunto il mezzo che ci permette di studiare, con metodi scientifici, l'evoluzione di processi psichici.

Questo è particolarmente evidente nello studio dei bambini, nei primissimi anni di vita; il primo segno che l'attenzione si è svegliata, è dato dal fissarsi dello sguardo in una determinata direzione, verso un dato oggetto; esso indica che un solo movimento dell'occhio è compiuto, mentre tutti gli altri sono inibiti.

L'evoluzione intellettuale del bambino si rivela attraverso tre fasi di movimento; il toccar con la lingua, lo stender le mani verso gli oggetti, il trotterellare per la stanza.

Man mano il movimento si perfeziona: esso, in quanto è volontario e diretto ad uno scopo, dipende direttamente dal grado di sviluppo dell'intelletto: ne sono invece indipendenti tutti i movimenti riflessi, involontarii.

Nascono così, accanto ai movimenti fisiologici, anche i patologici: l'esempio, ne rappresenta sempre la causa più importante (Imitationsneurose).

Occorre allora ricorrere ad esercizi metodici che attirino tutta l'attenzione del piccolo, determinino la tensione di tutta la muscolatura, limitino i suoi movimenti, escludendo quelli viziati.

Molto anche c'insegnano sullo stato intellettuale del bambino, la sua scrittura e, ancor più, i suoi disegni che non risentono di alcun freno e sono nella loro spontaneità, veramente preziosi. V. SERRA.

NOTE DI TECNICA.

La spermocultura come mezzo di diagnosi nel gonococcismo latente.

La spermocultura ha lo scopo di rilevare la presenza nelle vie urogenitali di gonococchi non altrimenti rilevabili, residuati da una pregressa blenorragia. Il fatto che la spermocultura in qualche caso sveli la persistenza del gonococco che altre ricerche lasciano supporre scomparso, dona a questo metodo di ricerca un valore igienico-sociale non indifferente.

Le numerose statistiche esistenti al riguardo danno una grande varietà di percentuali di positività. Da zero per cento si va fino al 94 %. Tale disparità di cifre sembra a C. Fiorio (*Giorn. di Batter. e Immunol.*, ott., 1931) dovuta alla scelta dei casi in cui si pratica la spermocultura, poichè è ben diverso se si semina lo sperma di individui clinicamente guariti o quello di individui malati anche se affetti da uretrite cronica residua senza gonococchi. L'A. crede che, volendo riferire i risultati della spermocultura nel gonococcismo latente, si debbano solo considerare i casi di individui clinicamente guariti.

E in tale senso si debbono ritenere attendibili le cifre di positività che si aggirano sui valori bassi del 6-8 %.

Quando si deve considerare positiva la spermocultura?

Se l'isolamento del gonococco è in ogni caso la prova inconfutabile, praticamente esso è di estrema difficoltà partendo da una spermocultura. Considerando infatti che la cultura dello sperma si fa in casi in cui il gonococco è presente in così pochi esemplari da essere sfuggito ad ogni esame batterioscopi-

co, mentre nel passaggio dell'uretra altri svariati germi si aggiungono, si vede come ci troviamo nelle condizioni peggiori per l'isolamento. Per la diagnosi di gonococco ci si deve dunque servire di caratteri batterioscopici e culturali. L'A. considera positiva una spermocultura quando, dopo 36-48 ore di stufa a 37°, si sono sviluppate colonie caratteristiche solo nei terreni adatti (agar-sangue umano, agar-ascite, brodo-ascite) mentre mancano nei terreni comuni; quando queste colonie si rivelano costituite da germi che presentano la morfologia, il raggruppamento e le colorazioni caratteristiche, e nei successivi trapianti si ritrovano sempre solamente nei terreni adatti pel gonococco. Con accurati trapianti si può ottenere la cultura pura e provarne il comportamento di fronte ai saccaridi.

L'A. ha eseguito nell'ultimo anno 39 spermoculture, ottenendo 5 casi positivi, cioè una percentuale di 12,82 %.

L'A. ritiene necessario che il prelievo del materiale avvenga nel laboratorio stesso dove si pratica la semina, poichè il portarlo da fuori, per esempio in condom bollito, può essere fonte di errore. È poi necessario tenere il materiale, prima della semina, in termostato a 37° fino a fluidificazione poichè la semina troppo precoce può riuscire negativa pur essendo presenti i gonococchi, quando questi sono rinchiusi in fiocchetti di sperma non ben sciolto. C. TOSCANO.

MEDICINA SCIENTIFICA.

L'eziologia dell'eritema nodoso.

Trattasi di argomento tuttora soggetto di vivaci discussioni.

O. Kren (*Wiener med. Wochens.*, 5 giugno 1931) osserva che esso si manifesta come epifenomeno in molte malattie e conclude pertanto che esso non costituisce un'infezione *sui generis*, ma che è unicamente il risultato di una forma di reazione alle più diverse infezioni acute o croniche, all'ingresso di batteri o di funghi od anche di sostanze chimiche nella via sanguigna.

Ne viene di conseguenza che, in ogni caso di eritema nodoso, è necessario indagarne la causa in modo da poter mettere in opera la terapia adatta. *fil.*

Ricerche batteriologiche sulla flora tracheo-bronchiale.

Secondo A. Dei Rossi (*Il Valsalva*, n. 7, 1931) la polmonite postoperatoria dipende da modificazioni secretorie, circolatorie, motorie, prodotte per via riflessa dall'intervento chirurgico sui tessuti polmonari; le alterazioni sarebbero tali da costituire un terreno adatto allo sviluppo dello stafilococco, dello streptococco e del pneumococco, che l'A. con tecnica appropriata ha isolato con grande frequenza dagli altri germi contenuti nell'albero respiratorio di soggetti normali.

E. BORGHESAN.

La flora batterica vaginale.

R. Schroder (*Deut. med. Wochens.*, anno 56, n. 3) ha fatto su questo argomento delle osservazioni ed espone delle idee che differiscono da quelle comunemente accettate in batteriologia. Egli ha veduto che i batteri vaginali modificano la loro morfologia secondo le variazioni del grado di acidità. I batteri acidofili, del tipo dei bacilli di Döderlein, nelle secrezioni debolmente acide si trasformano in cocchi, dopo essere passati per gli stadî di bacilli corti o di diplococchi.

L'ambiente della vagina è mantenuto acido dagli zuccheri secreti nella vagina stessa; se l'elevata acidità viene in qualche modo ostacolata, la flora vaginale cambia. Sarebbe proprio a causa di questa reazione acida che la parete vaginale può resistere alle infezioni. *fil.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

All'abb. n. 5662:

Non è possibile rispondere senza esaminare la malata: converrebbe poi forse fare la prova della permeabilità tubarica; la acidità vaginale è sempre normale e non ne va esagerata la importanza per la sterilità. *p. g.*

Al dott. E. Severini, da M.:

Sulla *respirazione artificiale*, consulti la Relazione della Commissione incaricata dello studio di tale problema, pubblicata in « *Medicina del lavoro* », 31 genn. 1929, di cui è stato fatto un sunto in « *Policlinico* », Sez. pratica, 1929, n. 44, pag. 1607. Veda anche: C. Einaudi: *L'elettricità che uccide e la scienza che risana* in « L'Igiene e la vita ».

Per la respirazione artificiale sono anche allestiti degli apparecchi, quali: il Pulmotor, della Fabbrica Draeger, l'apparecchio italiano Zumaglini (Torino) e quello francese di Panis. *fil.*

VARIA.

I vantaggi della scrittura a macchina.

Generata dal bisogno della velocità e della chiarezza, la macchina da scrivere ha incontrato dapprima lo scetticismo degli ignavi che non desiderano nuove complicazioni nella vita e poi il disprezzo degli esteti che gridavano alla morte della poesia dello scrivere. Ma

ora, osserva giustamente E. Bertarelli (*Ann. d'Igiene*, nov. 1931), la macchina da scrivere si è avviata al suo destino, quello di essere un apparecchio universale, quasi indispensabile nell'odierna civiltà.

L'obbiezione fatta da alcuno che la standardizzazione del carattere potesse uccidere l'impronta personale del pensiero fatto traccia visibile sulla carta, cade di fronte al notevole numero di scrittori moderni che fanno uso della macchina da scrivere; lo dimostra una recente inchiesta delle « *Nouvelles littéraires* ». È un fatto che, specialmente per chi ha incominciato l'uso della macchina da scrivere in età non più giovanile, riesce più malagevole l'esprimere con questa il proprio pensiero, il quale tende ad assumere una forma più rigida; ma ciò deve attribuirsi probabilmente al fatto che i movimenti per la macchina da scrivere non hanno avuto il tempo di diventare automatici come quelli per l'uso della penna, uso che abbiamo imparato fin dall'infanzia. Ad ogni modo, per l'infinita schiera di coloro che non fanno della parola scritta un esercizio d'arte, rimangono i vantaggi di chiarezza, di rapidità, di ordine della macchina da scrivere, tali da togliere all'accennato preconcetto ogni significato.

La macchina da scrivere educa all'esattezza, la quale è molto più che una semplice dote del carattere, è una virtù ed una forma di morale personale; evitando le dubbie interpetrazioni dello scritto e le incertezze, spinge fatalmente alla sincerità, alla precisione.

Ma dal punto di vista igienico e fisiologico, la macchina da scrivere presenta anche altri vantaggi. Essa corregge anzitutto il destrismo che ha preso la prevalenza nella nostra specie e che costituisce un vero errore pratico e fisiologico; ne guadagna così l'euritmia dell'educazione muscolare e ne fruisce l'utile derivato dallo sforzo muscolare duplice.

Con la distribuzione del lavoro su più numerosi gruppi muscolari e su entrambi gli arti, si evita lo spasmo di contrazione dei flessori dell'avambraccio, del quale essa pone in funzione anche i muscoli estensori e costituisce pertanto la migliore profilassi contro la mogigrafia, agendo da vera ginnastica armonica equilibrativa dei muscoli dell'avambraccio. Ricordiamo che su queste stesse colonne G. Dragotti sostenne, qualche anno fa, l'utilità della macchina da scrivere per la profilassi e la cura della mogigrafia.

Inoltre la macchina da scrivere è un'ottima arma per la difesa e la profilassi della funzione visiva e contribuisce ad una buona ed equilibrata statica del corpo.

Sono note le deformazioni, che possonia arrivare fino alla scoliosi, indotte da una cattiva posizione nello scrivere con la penna e le conseguenti polemiche sulla scrittura obliqua e diritta. La macchina da scrivere ripara in modo abbastanza radicale all'inconveniente e le radiografie che l'A. unisce al suo scritto dimostrano chiaramente questo asserto.

Un altro vantaggio che presenta la scrittura a macchina in confronto di quella con la penna si è che questa diventa penosa quando la temperatura scende sotto 12° circa, quale si ha spesso negli ambienti di molte zone temperate dove il riscaldamento artificiale manca od è ridotto. Invece la macchina da scrivere, permettendo una ginnastica più razionale delle dita e dell'arto, con movimenti più vivaci, senza rigidi rattrappimenti e favorendo una più attiva circolazione, permette di scrivere bene anche alle accennate temperature.

L'atteggiamento dei pensatori e degli igienisti non può quindi che essere favorevole, di fronte a questo eccellente mezzo di diffusione e di utilizzazione di quella suprema arma civile che è la parola.

fil.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ACERNO (*Salerno*). — Scad. 5 apr.; L. 6700 ridotte 12 %, oltre quattro quadrienni decimo. Per chiarimenti rivolgersi Segreteria.

BORDIGHERA (*Imperia*). — Ufficiale Sanitario dei Comuni di Bordighera, Ospedaletti, Vallecrosia, Vallebona, Seborga. Per titoli ed esami. Stipendio L. 16.000. Indennità per mezzo di trasporto lire 3000, oltre i diritti sanitari spettanti per legge, il tutto da decurtarsi del 12 %. Tre aumenti triennali. Inibita la libera professione. Età massima 45 anni s. e. l. Tassa concorso L. 50. Domanda e documenti al Municipio di Bordighera entro il 15 aprile 1932.

CAGLIARI. *Comune*. — Med. condotto di sezione; proroga a tutto 15 marzo.

CAMPOTOSTO (*Aquila*). — Scad. 10 mar., lire 10.500, un c.-v., per uff. san. L. 500; addizionali L. 5 e L. 3 oltre 500 e 1000 poveri; deduz. 12 %; 4 quinquenni dec.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

CUNEO. *Amministraz. Provinc.* — Assistente nella Sez. med.-micrograf. del Laborat. prov. d'igiene e profilassi; L. 7600 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1300 supplem. serv., L. 750 indenn. provvisoria, c.-v.; 15 % premio operosità. Riduz. 12 %. Scad. 15 aprile.

MONTALTO DI CASTRO (*Viterbo*). — Scad. 15 apr., ore 18; L. 8000, 5 aumenti decimo, c.-v. in lire 1700; già portata riduz. 12 %; età lim. 39 a.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 6 feb.

MONTEGIORGIO (*Ascoli Pic.*). — Scad. 30 mar.; 3ª cond.; L. 8360 oltre L. 2376 cavalc., 5 quadrienni dec.; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

PETRELLA SALTO (*Rieti*). — Scad. 31 mar.; 2ª cond.; L. 9500 oltre L. 3000 cavalc., addizion. L. 3 oltre i 1000 pov.; deduz. 12 %; 4 quinquenni dec.; età lim. 35 a.

PISTOIA. *Amministraz. Provinc.* — Scad. 10 mar.; aiuto medico presso il Dispensario Antitubercolare; L. 6000; eventuali indennità trasferta.

ROMA. *Ministero delle Comunicazioni* (*Ferrovie dello Stato*). — Concorsi per titoli ai seguenti posti di Medico di riparto: Ragusa II, Caltagirone (Catania), Salza Irpina, Bovino II (Foggia), Pozzolo Formigaro (Genova), Voghera I, Chiari (Milano), Casoria-Afragola, Caianello Vairano II, Cascano, Maddaloni Superiore, S. Antimo Atella (Napoli), Ronciglione, Monterotondo, Sulmona I (Roma), Polla II (Salerno). Inviare domanda e richiedere informazioni ai rispettivi Ispettorati Sanitari (indicati fra parentesi). Scadenza ore 17 del 25 marzo 1932-X.

S. ANGELO IN LIZZOLA (*Pesaro-Urbino*). — Scad. 3 mesi dal 12 febbraio; per Montecchio; L. 8000 e 10 bienni ventes., oltre L. 960 c.-v., se coniugato; L. 1000 cavalc.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 12 feb.

SAVONA. *R. Prefettura*. — Ufficiale Sanitario del Comune di Finale Ligure, stazione ufficiale di cura, soggiorno e turismo. Stipendio lordo L. 8000 oltre caro-viveri ed assegno di L. 1400 per mezzi di trasporto, con libertà di esercizio professionale. Documenti di rito. Età limite anni 45; per gli ex combattenti 50. Scadenza 11 aprile 1932. Indirizzare domande Regia Prefettura di Savona. Per ogni informazione rivolgersi al Comune di Finale Ligure.

SERIZIO (*Bergamo*). — Scad. 15 mar.; L. 6500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 750 uff. san., L. 500 mezzo trasp., L. 420 ambulatorio.

TARANTO. *Ospedale Civile*. — Scad. 10 mar. Tre medici assistenti di guardia; L. 7040; età lim. 35 a.; doc. a 3 mesi. Rivolgersi Segreteria.

TERAMO. *Congregazione di Carità*. — Aiuto di medicina dell'Ospedale Civile « Vitt. Em. III »; L. 5000 lorde, oltre c.-v. in L. 620 se il titolare è celibe, L. 1432,30 se coniugato; riduz. 12 %; partecipazione 15 %; scad. ore 12 del 15 mar.; età lim. 35 a.; doc. a 2 mesi dal 20 gen.; nom. e conferma quadriennali. Chiedere annunzio.

TORINO. *Ospedale Amedeo di Savoia*. — Scad. 21 mar.; 2 assistenti interni reparto malattie infettive e 3 allievi medici reparto sanatorio; rivolgersi Segreteria (corso Altacomba 140).

TRIBANO (*Padova*). — A tutto marzo; L. 9000 per 1000 pov.; addizionale L. 5; cavallo L. 3000 (eventuale riduz.); ambulat. L. 900; deduz. 12 %; 5 quadrienni dec.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,15; doc. a 6 mesi dal 15 feb.

VALLE DI CADORE (*Belluno*). — Consorzio Valle di Cadore-Cibiana. Stipendio annuo L. 10.000 per mille poveri; addizionale per altri 200 L. 5; dai 200 ai 400 L. 3; per i rimanenti L. 2. Indennità di caro viveri L. 1200; di alloggio L. 1500; di trasporto con cavallo od automobile L. 3500; Ufficiale Sanitario L. 500, il tutto al lordo delle ritenute di Legge e del 12 %. Cinque aumenti quadriennali del decimo. Tassa concorso L. 50. Scadenza 31 maggio. Per schiarimenti rivolgersi Segreteria Comune di Valle di Cadore.

VARESE. *Amministrazione Provinciale*. — Direttore della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale d'Igiene e Profilassi. Stipendio annuo lordo L. 18.000, con 5 aumenti decimali. Indennità di servizio attivo L. 2000. Aggiunta di famiglia come al personale dipendente dallo Stato. Il tutto soggetto a riduzione del 12 % a norma del R. D. 20 novembre 1930 n. 1491. Percentuale 17.60 % (già ridotto) più proventi delle analisi. Scadenza ore 18 del 15 aprile. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria della Provincia.

VOGHERA. *Congregazione di Carità*. — Scad. ore 17 del 22 mar.; medico primario e assistente della Sez. Medica dell'O. P. Ospedale Civile. Pel 1° posto L. 5500 e 5 quadrienni dec.; quota 50 % proventi; L. 1200 se direz. ospedale. Pel 2° posto L. 4500 non aumentabili, quota 25 %, guardie di L. 10 oltre il vitto. Per i due posti c.-v. se ammesso da legge; deduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

— Chirurgo primario; scadenza ore 17 del 31 maggio; L. 5500 e 5 quadrienni dec.; 55 % sui proventi. Aiuto e assistente chirurgi; L. 4500 ciascuno e 5 quadrienni dec.; quota 20 %; guardie di L. 10. Le altre condizioni come sopra.

Chiedere annunzi.

NOTIZIE DIVERSE.

2° Congresso internazionale di oto-rino-laringologia.

Si adunerà a Madrid dal 27 al 30 settembre, sotto la presidenza del prof. A. G. Tapia. Temi: « Otosclerosi »; « Ozena »; « Scleroma »; « Endoscopia »; « Trattamento dei tumori nella O.-R.-L., per mezzo dei raggi X e del radium ». Tra i numerosi relatori sono, per l'Italia, i proff. Umberto Torrini (Firenze) e Francesco Lasagna (Parma). La lingua italiana è ammessa tra quelle ufficiali, in assoluta parità.

Per informazioni rivolgersi al segretario generale, Dr. A. Fumagallo, Argenrola 16-18, Madrid, Spagna.

10° Congresso italiano di radiologia medica.

Nel palazzo della R. Università di Parma, sotto la presidenza del prof. A. Rossi, si svolgerà nei giorni 22-24 maggio il 10° Congresso Italiano di radiologia medica, con annessa Esposizione tecnica industriale. Temi: « Radiologia delle affezioni polmonari acute e croniche » (relatori i proff. Vallebona e Nicotra); « Radiologia dell'intestino tenue e crasso » (relatori i proff. Vespignani e Piccinino); « Lesioni da raggi dal punto di vista clinico e biologico » (relatori i proff. Bellucci e Ratti). L'on. prof. Raffaele Paolucci, direttore della R. Clinica chirurgica di Parma, terrà una conferenza su di un importante tema radiologico e chirurgico.

Possono inscriversi ai lavori del Congresso tutti coloro (medici, biologi, fisici, ingegneri) che si interessano dello sviluppo scientifico e pratico della Radiologia. I titoli delle comunicazioni, che dovranno avere attinenza ai temi di relazione, saranno inviati alla presidenza entro il 31 marzo, accompagnati da un breve riassunto dattilografato (non più di 400 parole).

La tassa di iscrizione è di L. 50 e, per le persone di famiglia, L. 30; da inviarsi entro il 10 aprile al tesoriere dott. Bacigalupi (Istituto di Radiologia del Policlinico di Parma).

Per quanto riguarda la Mostra e per ogni altro schiarimento, rivolgersi al segretario generale prof. V. Giovetti (Ospedale Civile di Piacenza).

Congresso tedesco di medicina interna.

Verrà inaugurato a Wiesbaden il 20 aprile e tratterà i seguenti temi: « Azione dei prodotti dell'organismo sulla circolazione » (Dale di Londra, Volhard di Francoforte sul Meno); « Disturbi delle funzioni polmonari » (Diehermeister di Düren, Brauen di Amburgo); « Collassoterapia polmonare; Pneumotorace bilaterale » (Jacobaeus di Stoccolma); « Affezioni delle vie biliari ecc. » (Umber di Berlino, Schmiriden di Francoforte s. M., Aschoff di Friburgo i. Br.). Iscrizioni e notizie presso il presidente del Comitato, prof. Morawitz, Johannisallee 32, Leipzig, Germania.

6° Congresso francese di neuro-oto-oftalmologia.

Le Società francesi di oto-neuro-oftalmologia terranno il loro 6° Congresso a Montpellier dal 27 al 29 maggio, sotto la presidenza del prof. Euzière, decano della Facoltà medica. Tema in discussione: « Sulle sequele dei traumatismi cranici chiusi ». È prevista un'escursione, il 29 maggio, a Nîmes, Font du Gard, Source Perrier, Aigues-Mortes. Sono in corso le trattative per le riduzioni di tariffa dei trasporti. L'iscrizione non comporta alcuna quota. Preghiera d'indirizzare le adesioni non oltre il 20 aprile al segretario generale, Dr. Auguste Tourway, rue Saint Lazare 81, Paris (9e). La segreteria locale è stata assunta dal prof. Pagès, coadiuvato da vari colleghi.

7° Congresso francese di stomatologia.

È organizzato dal « Syndacat général des médecins stomatologistes français », dalla « École française de stomatologie », dalla « Société de stomatologie de Paris » e da altri Enti; terrà le proprie sedute alla Facoltà medica. Temi: « Le osteiti non specifiche del mascellare superiore » (relatori Cadenat e Vilenski); « Le micosi cervico-facciali » (relatore Dechaume), « Le indicazioni e le controindicazioni delle estrazioni a caldo » (relatore Raison). Segretario generale è il dott. Lattes, boulevard Saint-Michel 54, Paris (6e). La quota d'iscrizione è di 100 franchi e va diretta al tesoriere dott. Boutroux, rue des Sablons 22, Paris (16e); C. C. postale n. 28.193 su Parigi. Il congresso è provvisoriamente indetto per la 3ª settimana di ottobre.

Settimana odontologica francese.

Si terrà a Parigi dal 6 al 13 aprile, nei locali del « Grand-Palais des Champs-Elysées », sotto il patronato del Ministro della sanità pubblica. Vi sarà annessa una mostra. Segretario generale è il sig. Roger Renault, avenue Laumière 39, Paris (19e); per dimostrazioni e comunicazioni rivolgersi al sig. Halona, rue de Stockholm 4, Paris (8e).

Riunione belga di neurologia.

Il 27 febbraio si sono riuniti a Bruxelles, nell'anfiteatro anatomico della Università Libera, il « Groupement belge d'études oto-neuro-ophtalmologiques et neuro-chirurgicales » e le due Società di neurologia e di medicina mentale, per discutere i seguenti temi: angiomatosi cerebrale e retinica (morbo di V. Hippel-Landau); la sclerosi tuberosa (morbo di Bourneville); la neurofibromatosi (morbo di Recklinghausen).

Congresso regionale della Società italiana di pediatria.

Il 21 febbraio, alla presenza dei proff. Nesso e Brusa di Milano, Allaria di Torino, Pincherle di Bologna e Fornara di Novara, si è svolto a Milano, nell'aula magna della Clinica pediatrica, il Congresso regionale lombardo della Società italiana di pediatria.

Durante i lavori del Congresso sono state lette 35 comunicazioni tutte riguardanti argomenti di materie pediatriche. Ha pure letto una comunicazione sulla « Medicina preventiva dell'infanzia in Regime fascista » il dott. Ferraro, ispettore sanitario del Comitato provinciale dell'Ospedale Nazionale Balilla.

Una riunione di idrologi.

« L'idrologia italiana nel passato, nel presente, nell'avvenire »: tale è il tema di una conferenza tenuta nell'Aula Mangiagalli degli Istituti Clinici di Milano dal prof. P. Piccinini, che ha svolto in linee sintetiche il vastissimo argomento, il quale ha vari aspetti anche d'interesse nazionale.

Dopo la conferenza si tenne una seduta della sezione « Italia Settentrionale », della « Associazione Italiana Idrologica », sotto la presidenza dello stesso prof. Piccinini.

I direttori delle cattedre di pediatria convocati a Roma.

Il Regio Commissario dell'Opera Nazionale Maternità e Infanzia, Sileno Fabbri, ha messo allo studio alcuni problemi che rivestono carattere di particolare importanza ai fini dell'Opera cui presiede, quali la sieroterapia antidifterica; la vaccinazione antitubercolare; l'alimentazione del bambino; i corsi di puericultura ed ostetricia per medici condotti e levatrici, e i corsi teorico-pratici diretti a formare le « assistenti sociali », vale a dire la preparazione degli elementi che dovranno formare i quadri del personale tecnico ausiliario dell'Opera.

A tal uopo ha convocato a Roma per i giorni 7 e 8 marzo i direttori delle Cattedre di pediatria e di ostetricia delle principali Università del Regno.

I servizi sanitari e il nuovo T. U. della Legge comunale e provinciale.

Discutendosi alla Camera dei Deputati il nuovo T. U. della Legge comunale e provinciale, l'on. N. Castellino ha preso in esame le norme che concernono l'attività sanitaria ed assistenziale degli enti locali, preoccupandosi che il nuovo Testo Unico comunale e provinciale non si trovi in contrasto con le speciali disposizioni legislative emanate in questi ultimi tempi in tale materia, nè col futuro testo unico delle leggi sanitarie.

È da rilevare infatti, egli ha detto, che già nella pratica si verificano discordanze tra coloro che applicano le leggi speciali di assistenza e le autorità comunali e provinciali. Ciò dipende in gran parte dalla formulazione delle disposizioni legislative, che lasciano l'adito a contrastanti interpretazioni, sopratutto per quanto concerne la lotta antitubercolare e l'assistenza degli anormali.

Occorre dunque ben precisare quali sono i compiti assegnati a ciascuna istituzione ed eliminare tutte le contraddizioni e imprecisazioni che ora si riscontrano nei testi legislativi.

Il sottosegretario di Stato, on. Arpinati, nel suo discorso ha dato assicurazioni ampie al riguardo; il nuovo T. U. della legge comunale e provinciale terrà conto delle leggi sanitarie in corso di compilazione, allo scopo di evitare duplicati e contraddizioni.

Commissione Centrale Consultiva per le specialità medicinali.

Nei giorni 15-18 febbraio si è riunita in Roma, al Palazzo Viminale, la Commissione Centrale Consultiva per le specialità medicinali, presieduta dal prof. Dante De Blasi, accademico d'Italia.

Vi sono intervenuti, oltre al direttore generale della Sanità Pubblica ed ai rappresentanti dei Ministeri delle Corporazioni e delle Finanze e delle classi dei medici e dei veterinari, anche quelli delle categorie interessate, dei produttori e dei farmacisti.

Detta Commissione ha non solo portato il suo esame sui vari importanti argomenti di carattere generale inscritti all'ordine del giorno, ma ha anche iniziato l'esame particolareggiato di un gruppo di domande di registrazione di specialità medicinali in applicazione del R. D. Legge 7 agosto 1925, n. 1732 e del relativo regolamento approvato con R. D. 3 marzo 1927, n. 478.

A seguito di tale esame la Commissione stessa ha espresso parere che per due specialità sia da negare la registrazione; per altre quattro, invece, ha avvisato favorevolmente alla registrazione, rinviandone molte altre per maggiori chiarimenti di carattere tecnico sanitario.

Istruzioni per la prossima campagna antitubercolare.

La Federazione Italiana Nazionale fascista per la lotta contro la tubercolosi, iniziandosi il lavoro delle manifestazioni antitubercolari in tutta Italia, ha inviato a tutti i Consorzi provinciali una circolare nella quale, dopo aver fissato le premesse ideali della campagna, invita gli organi competenti a svolgere la più efficace azione per il migliore esito delle prossime manifestazioni.

Campagna antitubercolare nella Provincia di Roma.

Sotto la presidenza del principe don Piero Colonna, si è riunita nella Sala Rossa dell'Amministrazione Provinciale, la Giunta Esecutiva del Consorzio Antitubercolare di Roma.

La Giunta, dopo un'esauriente illustrazione fatta dall'on. Morelli circa la necessità di arrivare ad una pronta attuazione del complesso programma assistenziale, specie nei riguardi della Provincia, ha deliberato, come inizio della II Campagna Antitubercolare, l'istituzione di sette Centri d'Igiene Sociale in Provincia, cioè a Bracciano, Leprignano, Monterotondo, Anzio, Priverno, Terracina, Gaeta, i quali, in aggiunta agli altri sette già in funzione (Civitavecchia, Velletri, Tivoli, Frascati, Subiaco, Palestrina, Minturno), completeranno una poderosa organizzazione assistenziale a beneficio di tutti i Comuni.

La Giunta Esecutiva infine ha preso atto del valido contributo che il Consorzio apporta nella funzione dei ricoveri di malati della Provincia e di Roma, riaffermando sempre più specificamente il collegamento funzionale con l'importante opera svolta dal Governatorato, per facilitare ed estendere sempre più l'aiuto assistenziale che il Consorzio si propone di arrecare alla popolazione.

Per l'assistenza psichiatrica nella provincia di Roma.

Presieduto da don Piero Colonna, si è riunito il Rettorato della Provincia di Roma.

Il Rettorato ha accolto con vivo compiacimento la proposta del Preside per la costituzione di un Patronato Provinciale per i dimessi dall'Ospedale Psichiatrico. Tale Patronato è destinato ad integrare, secondo i più moderni dettami della scienza psichiatrica, l'assistenza dei dementi nel Manicomio e l'assistenza premanicomiale già attuata dalla Provincia con i dispensari psichiatrici funzionanti in Roma ed in altri centri minori.

È stato ampiamente discusso il problema della sistemazione dei servizi di assistenza manicomiale, ravvisando la necessità di far luogo ad un conveniente ampliamento dell'ospedale provinciale di S. Maria della Pietà.

Una nuova stazione sanitaria nell'Agro Romano.

In relazione al programma di costruzione di edifici pubblici nell'Agro Romano, che si sta gradualmente svolgendo da parte della civica Amministrazione di Roma, e nell'intento altresì di corrispondere alle più urgenti esigenze sanitarie di

alcune zone dell'Agro stesso, il Governatore principe Boncompagni Ludovisi, su progetto della Direzione dei Servizi Tecnici, ha deliberato la costruzione di un edificio da destinarsi a Stazione Sanitaria nella località dell'Agro denominata « Ponte Galera ».

Centro di radiumterapia a Vienna.

Il Municipio di Vienna ha istituito un centro di radiumterapia il quale dispone di 5 grammi di radium. A quanto rileva la « Presse Médicale », per la quantità del prezioso metallo e per l'organizzazione dei servizi, Vienna viene a piazzarsi al terzo posto nelle installazioni radiumterapiche, subito dopo Parigi e Stoccolma.

Istituto per la medicina d'aviazione in Germania.

Presso l'Ospedale Eppendorfer di Amburgo è stato fondato, ad iniziativa del direttore sanitario prof. Ludolph Brauer, un Istituto per la medicina d'aviazione e le ricerche climatiche. L'Istituto ha scopi prevalentemente scientifici. Tra l'altro, comprende due camere pneumatiche, con installazioni perfezionate, le quali consentono di riprodurre tutte le condizioni del volo; sono utilizzabili anche per riprodurre le condizioni dei vari climi: onde il duplice impiego per ricerche sull'aviazione e sui climi. All'Istituto sono addetti molti medici specialisti e vari scienziati.

Un grandioso ospedale privato a Londra.

Si è stipulata una convenzione per costruire a Londra un grandioso ospedale privato; sorgerà sulla Marylebone Road, consterà di 9 piani e sarà capace di 600 letti, nonchè di camere per le persone di famiglia dei ricoverati, con servizio alberghiero; comporterà la spesa di 100 milioni di lire it. circa. Verrà offerto ogni specie di trattamento diagnostico e terapeutico; le installazioni provvederanno il massimo *comfort*. Le spese di assistenza dovrebbero essere contenute in limiti di 100 lire it. al giorno incirca per ricoverato.

Oggi i benestanti non ricorrono agli ospedali, ma si fanno curare a domicilio ovvero in piccole case di salute: pagano caro e non ricevono che un'assistenza del tutto inadeguata, molto inferiore certo a quella di cui dispongono i poveri nei grandi ospedali. Si vorrebbe rimediare a tale insufficienza.

Ospedali congeneri verrebbero poi costruiti nelle altre grandi città inglesi.

Alla clinica per malattie coloniali di Roma.

Il cardinale Pietro Gasparri si è recato a visitare la Clinica universitaria per malattie tropicali e subtropicali, istituita di recente a Roma per volontà del Duce.

Sua Eminenza è stata ricevuta ed accompagnata dal direttore, sen. Sir Aldo Castellani, e dagli aiuti, assistenti e studenti. Si è trattenuta più di un'ora, interrogando e confortando i malati, ammirando i vasti laboratori e gl'impianti. Nel congedarsi, ha impartito la benedizione.

Dispensario per diabetici a Milano.

Il prof. L. Zoia ha istituito a Milano un servizio di consultazione e assistenza per diabetici indigenti, i quali vi sono sottomessi a sorveglianza periodica, ricevono l'insulina ad un prezzo ridotto e vengono istruiti su quanto concerne il regime. Vengono anche iniziati alla tecnica dell'insulinoterapia e imparano a maneggiare da sè il rimedio, sotto il controllo costante delle analisi dell'urina e del sangue.

Una borsa di studio del prof. Pietro Castellino.

Si è tenuta a Napoli l'assemblea generale dell'Ordine dei Medici della Provincia. Presiedeva l'on. Salvi che, dichiarando aperta la seduta, interprete dei sentimenti unanimi, rivolgeva un pensiero di devozione e gratitudine al Duce, per il suo recente discorso in Campidoglio, nel quale esaltò la missione del medico.

Quindi il presidente illustrò all'assemblea, con una dettagliata relazione, l'attività del Consiglio dell'Ordine, ed annunziò la costituzione di una importante borsa di studio di 50.000 lire, mercè un fondo messo a suo tempo a disposizione dall'on. prof. Pietro Castellino. La borsa è destinata per studente di medicina, figlio di medico della provincia di Napoli.

L'assemblea accolse con vivo compiacimento la costituzione della borsa di studio ed approvò con unanime plauso la relazione Salvi.

Borsa di studio in neurochirurgia.

La sig.ra Mary R. Lewis di Gettysburg (Pennsilvania) ha stanziato la somma annuale di 1800 dollari (35.000 lire it.) per una borsa di studio da assegnare annualmente nel campo della neurochirurgia presso la Scuola medica dell'Università Temple a Filadelfia. Il decano della Scuola, dott. W. N. Parkinson, informa che la nuova istituzione agevolerà le ricerche post-universitarie da parte di studiosi qualificati.

Per gli studi sul gozzo.

Il sig. B. M. Baruch di New York ha donato 13.000 doll., ossia 250.000 lire it., al Laboratorio di Ricerche sull'alimentazione del Collegio Medico della Carolina Meridionale a Charleston, affinchè vengano compiute delle ricerche sui rapporti tra l'alimentazione e il gozzo semplice.

Assistenza ai bambini con postumi di paralisi infantile a New York.

La recente epidemia di paralisi infantile verificatasi a New York ha indotto la Federazione per l'Assistenza all'infanzia di questa città a fondare un'istituzione per la cura e l'assistenza dei bambini che, guariti da detta malattia, sono rimasti con lesioni postume.

È stato stabilito dalle autorità sanitarie che gli ospedali inviino tutti questi fanciulli alla Federazione, la quale dispone perchè a tutti siano prestate le cure di cui il loro stato ha bisogno. Nei diversi sobborghi della metropoli si sono organizzati centri speciali per prestare le stesse cure ai suddetti fanciulli, sotto la direzione di medici, e, quando occorra, in collaborazione con gli istituti di ortopedia. Le infermiere diplomate fanno il servizio di ricerca di questi malati e ne informano la Federazione.

Attualmente l'epidemia di New York può considerarsi esaurita. Dal 1° luglio al 12 settembre si ebbero nella città 3214 casi di paralisi infantile con 332 morti. L'indice di mortalità nell'epidemia è stato del 12,39 %, mentre fu del 27 % nell'epidemia del 1926.

Elargizioni e legati.

La sig.ra Ida Origgi, rimasta vittima di uno scontro automobilistico, ha lasciato l'Ospedale Maggiore di Milano erede universale della sua sostanza, che si presume ascenda ad oltre un milione e mezzo di lire.

* * *

L'on. prof. Tiberio Evoli ha donato all'Ospedale Civile di Portosalvo un padiglione destinato alle sale operatorie. Nella lettera di donazione egli formula il voto che il Consiglio amministrativo comprenda sempre un rappresentante della famiglia Evoli e chiede che il padiglione sia intitolato al compianto suo padre dott. Giacomo.

* * *

Il sig. Giuseppe Brucellari, ottantacinquenne, il quale per oltre 50 anni è stato segretario comunale e per quasi 15 anni giudice conciliatore di Bobbio, ha elargito 50.000 lire all'Ospedale civile di questa città, destinandole a un padiglione per tubercolotici, in occasione della prossima campagna antitubercolare che sarà inaugurata dal Duce. L'atto generoso vuol significare devozione al Duce.

Corso di perfezionamento.

Presso la Facoltà medica dell'Università di Parigi, avrà luogo un corso di perfezionamento sulla terapia medica e idrologica delle malattie del tubo digerente, del fegato e della nutrizione, sotto la direzione del prof. M. Villaret; durerà dal 18 aprile al 2 maggio; negli ultimi tre giorni si svolgerà un viaggio a Vichy. Tassa d'iscrizione 200 franchi. Per informazioni rivolgersi al: Laboratoire d'Hydrologie et Climatologie thérapeutique de la Faculté de Médecine, Hôpital Necker, Paris.

Propaganda igienica nelle scuole elementari.

L'« Agenzia di Roma » pubblica alcune interessanti notizie sull'azione che il Regime va svolgendo per l'igiene del popolo; un caratteristico aspetto ne è la propaganda igienica nelle scuole elementari. L'azione si è iniziata nel 1925 e si è svolta fin'ora, attraverso 73 corsi straordinari d'igiene per i maestri, un esperimento di propaganda in 26 province, gare d'igiene in 21 circoscrizioni scolastiche, l'istituzione di 51 cineteche e la distribuzione gratuita di numerosi opuscoli di propaganda.

La settimana della Croce Rossa nel Belgio.

Si svolgerà dal 13 al 20 marzo; il tema di propaganda igienica prescritto è: « La nettezza » (nettezza dell'individuo, della casa, dell'alimentazione, dei negozi, delle fattorie rurali, ecc.). Come negli anni precedenti, verrà organizzata un'azione intensiva in tutto lo Stato, così per la popolazione adulta come nelle scuole.

Conferenza cinese sulla lebbra.

Ci giunge notizia della 1ª Conferenza Nazionale sulla lebbra in Cina, indetta a Sciangai per il 14 ed il 15 aprile, sotto gli auspici della Missione Cinese pei lebbrosi.

Evidentemente la notizia venne diramata prima degli attuali avvenimenti, che sconvolgono la città; essa prova quanto siano aleatorie le previsioni umane.

Conseguenze della crisi economica.

La Reale Società di Medicina di Londra si dibatte tra gravi disagi, a motivo della caduta della sterlina, dacchè i proventi consistono quasi esclusivamente delle quote dei soci le quali, virtualmente immutate, nella realtà si sono ridotte di valore. Tra l'altro, la somma stanziata per gli abbonamenti dovrà essere elevata di 5000 sterline, onde coprire la differenza di valuta, non intendendosi di compromettere l'importanza della biblioteca (questa nello scorso anno fu frequentata da 30.000 studiosi; impiega un fotostato per riprodurre le pubblicazioni rare che non possono essere prestate, dispone di due traduttori stabili ecc.).

La Società ha deciso di non tenere quest'anno il rituale banchetto, in considerazione delle condizioni generali di disagio.

*

L'Ufficio d'igiene di Baltimora ha sospeso il rifornimento gratuito di siero antitetanico agli ospedali e dispensari della città per il trattamento preventivo dei traumatizzati con lesioni esposte, avendo esaurito i fondi disponibili. Il siero viene ora fornito a prezzo di costo.

Onoranze a Krehl.

In occasione del 70° compleanno, sono state rese affettuose onoranze all'internista di Heidelberg, Ludolf von Krehl, universalmente noto per la sua opera monumentale « Pathologische Physiologie ».

Prima di stabilirsi ad Heidelberg, ove egli risiede da un venticinquennio, Krehl ha insegnato a Jena, Marburgo, Greifswald, Tubinga e Strasburgo; nella piccola città del Baden ha trovato, infine, l'ambiente più adatto al suo temperamento. Egli ha conservato le caratteristiche di modestia che sono proprie del vero scienziato.

Sciagure di sanitari.

Il dott. Dante Santacroce, medico condotto di Narni, reduce da una visita in campagna, mentre percorreva la strada in motocicletta a velocità moderata, cadde per cause non precisate dalla macchina battendo con violenza il capo contro la roccia. Trasportato all'ospedale, vi è spirato.

Incerti professionali.

In Spagna si sono avuti alcuni attentati contro medici.

Ha destato la generale indignazione il lancio di una bomba contro l'ottantenne dott. Madrazo, di Valle del Paz, che ha esercitato brillantemente la chirurgia e da tempo ha rivolto la sua attività alla fondazione di numerosi sanatori per tubercolotici nel nord della Spagna; viene considerato un vero benefattore dell'umanità. Per fortuna è sfuggito all'esplosione. Gli sono giunte numerosissime congratulazioni da tutte le parti della Spagna.

Viaggi in Italia.

Sotto gli auspici del « Journal dos Clinicos » verrà compiuto un viaggio di medici brasiliani in Italia, allo scopo di stringere i vincoli di fraternità con l'antica nazione madre della latinità, di conoscerne davvicino gl'incalcolabili tesori storici e artistici e le bellezze naturali, di apprezzarne i progressi compiuti e particolarmente l'attività scientifica nel campo medico. Il viaggio è stato po-

sto sotto il patronato del prof. G. Sanarelli, presso la R. Università di Roma, e del prof. Fernando Magalhães, rettore dell'Università di Rio de Janeiro; l'organizzazione pratica è stata affidata all'E.N.I.T. (Ente Nazionale dell'Industria Turistica). La permanenza in Italia sarà di 34 giorni; la traversata Rio Janeiro-Genova si compirà su di un transatlantico della « Italia »; il prezzo è stabilito in 8000 milreis. È prevista una dimora potratta di singoli partecipanti, con ritorno su qualsiasi nave della stessa Compagnia. Per eventuali informazioni rivolgersi alla redazione del « Journal dos Clínicos », rua Buenos Aires 176, Rio de Janeiro, Brasile.

Un altro viaggio è organizzato dalla « Ligue d'Union Latine » di cui è organo l'« Oeuvre latine »; durerà dal 20 al 30 marzo; si visiteranno Roma, Napoli, Pompei, Firenze e Pisa. Per eventuali informazioni rivolgersi alla lega predetta, rue Saint-Georges 51, Paris (9e).

Un viaggio medico è organizzato da « L'Univers Médical », con partenza da Parigi il 13 marzo e ritorno il 4 aprile; si visiteranno l'Italia settentrionale e la centrale, fino a Roma, con molte soste; trasporti in auto-carri pullmann di lusso; alberghi di primissimo ordine; prezzo complessivo fr. 3975. È prevista un'escursione extra, a Napoli, Pompei e sul Vesuvio. Per eventuali informazioni rivolgersi alla: Direction tecnique des Voyage et Congrès de « l'Univers Médical », avenue de l'Opéra 31, Paris.

Non dubitiamo che i colleghi riceveranno dai medici italiani le più cordiali accoglienze.

Una sentenza contro i rumori molesti in Francia.

Il dott. Gérard di Parigi aveva affittato, molti anni or sono, nella rue Mont-Dore, un padiglione ove abitava e riceveva la clientela. Nel 1920 la « Compagnie parisienne de distribution d'électricité », che aveva una stazione di trasformazione addossata al padiglione, la trasformò in stazione di grande potenza. Il rumore e le vibrazioni divennero tali, da rendere il padiglione inabitabile. Dopo qualche tempo si produsse perfino il crollo di un soffitto. Il medico, costretto a sloggiare, ed il proprietario della casa, sig. Villard, intentarono causa contro la società. Dopo lunghe vicende, si è finalmente avuta la sentenza del Consiglio di Prefettura, che condanna la società a corrispondere 144.350 franchi (ossia più di 100.000 lire it.) per molestia e danni. Inoltre si è affidato al prof. Balthazard, medico legale, decano della Facoltà medica, il compito di periziare se la salute del locatario sia stata compromessa e non comporti un più importante indennizzo.

Di una lunga malattia contratta in servizio, è deceduto, poco più che cinquantenne, il dott. CLAUDIO CONTI, medico condotto e ufficiale sanitario di Capracotta (Campobasso), apprezzato e amato dai colleghi e dalla clientela per il valore professionale e per il carattere.

A. C.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Zeitschr. f. Tuberk., nov. — B. M. Chmelnitzki. Forme precoci della tbc. polmon. aperta dell'adulto.

Revue de Méd., nov. — P. Chevallier e J. Bernard. Adenopatie inguinali. R. Benon. L'astenia.

Giorn. di Batteriol. e Immun., nov. — R. Segre. Studi sullo scleroma. — L. Trossarelli. Ricerche biologiche sul micobatterio del tubercolo.

Practitioner, dic. — Numero di endocrinologia.

Minerva Med., 24 nov. — E. Greppi. Emolisi splenica.

Riforma Med., 27 nov. — G. Santucci. Teletrasmissione dei suoni cardiaci e polm.

Ligura Med., nov. — T. Biancheri. Appendicite tubercolare. prima manifestazione di tbc.

Med. Ibera, 28 nov. — C. Diez Fernández. Tbc. infantile pertussoide.

Rev. de Cir. de Barcelona. sett. — J. González-Aguilar. Chirurgia del simpatico nelle affezioni vascolari periferiche.

Stomatologia, nov. — V. Gandolfi. Epulide policentrica. — A. I. Blau. Dentizione nell'infanzia.

Revue Méd. Suisse Rom., 25 nov. — M. Jacquerod. Medicazione coagulante nelle emottisi tbc.

Ann. It di Chir., 30 nov. — M. Novi. Cancro rettale. — V. Bonomo. Ematuria in rene mobile.

Riv. San. Sicil., 1 dic. — L. Ayello. Funzione parcellare, alternante e ritmica degli organi. — A. Scio. Stati spasmodici dell'utero in travaglio.

Mediz. Welt, 5 dic. — Burger. Insulina e circolazione. — Boenheim. Progressi dell'endocrinologia.

Med. Klinik, 4 dic. — R. Salus. Terapia non operativa del glaucoma.

Münch. Med. Woch., 4 dic. — Behreus. La valutazione dei preparati digitalici. — Hochrein. Trattam. della tachicardia parossistica.

Deut. Med. Woch., 4 dic. — Numero sul clima e la terapia di montagna.

Clin. Med. Ital., nov. — G. Pellegrini. Diabete insipido. — P. Gerli. Sifilide dell'apparato respiratorio.

Arch. f. Sch.- u. Tr.-Hyg., dic. — E. Martini. Il problema delle razze dell'« Anopheles maculipennis ».

Journ. A. M. A., 21 nov. — M. F. Ingman e al. Trattam. non specifico della sifilide precoce. — M. S. Kim e A. C. Ivy. Profilassi dell'ulcera duodenale sperimentale con alimentaz. di mucina.

Folia Clinica et Biol., sett.-ott. — A. Donati. Emocitoblastoma circoscritto con speciale sindrome ascitica.

Zbl. f. Chir., 5 dic. — N. Grzywa. Fasciature gessate chiuse. — V. Sanchis Perpiña. Trattam. delle varici.

Journal A. M. A., 28 nov. — U. J. Wile e al. Malarioterapia della neurolue. — A. Weil. Eziologia della sclerosi multipla.

Med. Ibera, 5 dic. — G. R. Lafora. Impotenza maschile e neurastenia sessuale.

Ann. di Cl. Odont., dic. — F. Lazzaro. Emangioma primitivo della lingua. — G. Giorelli. Neurite del n. linguale.

Paris Méd., 5 dic. — Numero di terapia.

Rev. Droit Pénal et Crim., nov. — L. Bastenie. Anatomia patol. del timo nei rapporti con la medicina legale.

Arch. It. di Chir., nov. — S. BISTOLFI. Ossificazioni traumatiche paracondiloidee del ginocchio.

Riv. di Mal., sett.-ott. — G. PECORI e G. ESCALAR. Campagna antimalar. nell'Agro Rom. — A. LUTRARIO. Commissione internaz. della malaria.

Amer. Journ. Obst. a. Gyn., nov. — F. J. TAUSSIG. L'aborto in relaz. alla protez. materna e fetale. — N. J. EASTMAN. La natura della proteina nell'eclampsia.

Haematologica, VI. — L. CATTANEO. Genesi dei monociti. — G. DI GUGLIELMO. La cellula di Gaucher nel sangue periferico.

Bull. Ac. de Méd., 1 dic. — L. CONVY. Trattam. del tetano con urotropina e siero.

Journ. de Méd. de Bordeaux, 10 dic. — C. ROCAZ e R. QUENET. La perossidasi nel latte di donna.

Amer. Journ. Med. Sc., dic. — W. CASTLE e al. Rapporti tra achilia gastr. e anemia pernic. — H. BROOKS. Sull'angina pectoris. — A. LAMBERT. Dolori cardiaci e morti improvvise.

Journ. Méd. Franç., ott. — Numero di neurochirurgia.

Riv. di Patol. nerv. e ment., sett.-ott. — P. OTTONELLO. Sistema extra-piramidale e manifestazioni ipercinetiche. — V. TRONCONI. Eziologia della sclerosi a placche.

Riv. di Patol. e Cl. d. Tuberc., 30 nov. — C. MALOSSI e M. MINGHIRI. Vaccinaz. antitubercolare preventiva a mezzo del B. C. G.

Wien. Klin. Woch., 11 dic. — W. FALTA. Diabete mellito renale.

Zeitschr. f. Tuberk., dic. — H. BREMER e P. HHLENBRUCK. Apicolisi.

Ann. di Ost. e Gin., 30 nov. — F. D'ERCHIA. Tossicosi gravidiche e tossicosi in gravidanza. — P. PORCARO. Variazioni atmosferiche ed eclampsia.

Presse Méd., 12 dic. — M. LAEMMER. Come svelare l'insufficienza epatica.

Surg., Gyn. a. Obst., dic. — J. S. EISENSTAEDT. Fattori della calcolosi urin. — M. T. DAVIS e W. B. MCGEE. Abruptio placentae. — F. GREGORY CONNELL. Fundusectomia. — K. A. MEYER. Ileo gastrico intermittente.

Presse Méd., 18 dic. — P. VALLERY RADOT e al. Influenze termiche sulla sensibilizzazione. — P. PAGUIEZ e A. PECHET. Regime chetogeno nell'epilessia.

Rev. Med. de Barcelona, nov. — G. MARAÑON. Ipertiroidismo e tbc.

Ann. d'Ig., nov. — G. SOLLAZZO. Disinfezione delle acque luride degli ospedali per tubercolotici con cloro.

Arch. It. di Chir., nov. — G. GALLETTA. Frenicectomia. — G. CANAVERO. Resez. del cosidetto nervo presacrale.

Riv. It. di Gin., nov. — N. CANDELA. Studio comparativo di prove biolog. d. gravid. — F. D'ERCHIA. Emorragie tardive in puerperio.

Paris Méd., 19 dic. — Numero di ginec. e ostetr.

Deut. Med. Woch., 18 dic. — HANSEN. Desensibilizzaz. nella febbre da fieno. — STAUB. Insufficienza epatica iniziale.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XXXIX Roma, 14 Marzo 1932 - X Num. 11

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI
Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LEZIONI.

SCUOLA DI MEDICINA PRATICA « A. MINICH » DELL'OSPEDALE CIVILE DI VENEZIA.

Tubercolo calcificato della calotta protuberanziale.

LEZIONE del prof. G. JONA, medico primario.

Il malato, di cui vi trattengo, fu da me presentato ben cinque anni fa con diagnosi di *tubercolo della protuberanza*. Egli versava allora in condizioni gravissime, tali da porlo in pericolo di vita imminente. La sorte, non so se benigna o maligna, lo trasse a salvamento, lasciandolo però minorato, nelle condizioni che voi stessi ora constaterete. Anche uscito dallo Ospedale, dopo mesi di degenza, noi potemmo seguirne il progressivo miglioramento, ed ora controlleremo insieme l'antica diagnosi, per vedere se essa resiste alla stregua della evoluzione successiva del morbo, e dei postumi attuali, o quale altra diagnosi le debba eventualmente esser sostituita.

Vi leggo i dati più importanti delle cartelle nosologiche di allora.

Gard... Antonio, di anni 18, veneziano, dipintore.

Entra in Ospedale l'11 febbraio 1926.

Padre morto a 52 a., e madre a 46 a., ambedue per emorragia cerebrale: quattro sorelle sono viventi e sane.

Il paziente all'età di un anno, ebbe un forte colpo al capo, per cui rimase alcune ore privo di conoscenza.

Dal maggio dell'anno precedente soffre spesso di cefalee.

Quindici giorni prima dell'ingresso in ospedale, cominciò ad avvertire malessere generale, senso di formicolio diffuso al capo, sonno agitato, qualche irregolarità nella funzione intestinale.

La cefalea si fece viva, a sede prevalentemente frontale; comparve vomito ripetuto, incertezza nell'andatura, che andò facendosi sempre più evidentemente barcollante, fino a porlo nell'impossibilità di lasciare il letto, tendenza all'assopimento: non febbre.

Stato presente del 12 febbraio.

L'ammalato giace abbandonato nel letto, tende al sopore, però si desta al richiamo, mostra di comprendere tutto quanto si dice, risponde a cenni, o con parola stentata, infantile.

Condizioni di nutrizione generale discrete. Apiressia.

Polso raro (60 al minuto) lento, sostenuto.

L'esame dei visceri del torace e dell'addome è negativo.

La fisonomia è atona, senza espressione. Piega naso-labiale spianata a s.

Lo sguardo è costantemente rivolto a destra.

Il movimento coniugato degli occhi verso sinistra non si eseguisce, mentre si eseguisce quello verso destra, benchè incompleto.

Paresi del retto esterno dell'occhio sinistro.

Nistagmo oscillatorio destrorso, a piccole scosse, nei movimenti orizzontali dei bulbi e anche nella convergenza: nistagmo meno intenso, allo stato di riposo.

Ipoestesia corneale bilaterale. Pupille eguali, di media ampiezza, bene reagenti alla luce.

La bocca è tenuta costantemente semi-aperta: l'angolo sinistro è leggermente abbassato: vi ha scialorrea fluente dall'angolo sinistro.

La lingua è porta in modo estremamente incompleto: non riesce a protrudere; non risponde all'invito di movimento laterale.

La deglutizione è difficilissima.

Gli arti sono in istato lievemente ipertonico.

I loro movimenti si compiono d'ambo i lati ma con breve *deficit* a destra così all'arto sup. che inferiore.

Riflesso patellare destro più accentuato del sinistro.

Si ottengono Babinski e Oppenheim, bilateralmente, ma incostantemente.

Il malato posto in piedi, non si regge affatto, allarga le gambe, tende a cadere tosto, ora verso destra ora verso sinistra.

Orine limpide: sp. 1024; albumina 0; glucosio 0; sedimento nullo.

Es. del fondo oculare: modica congestione venosa in O.O; papille a margini netti.

14-2: Il polso si è fatto anche più raro (40 pulsazioni al minuto).

Puntura lombare: pressione al Claude cm. 30. *Liquor* limpido, incoloro, non dà reticolo.

Alb. 0,30 ‰: Gluc. 0,75 ‰.

Sedimento: 2 elem. per mmc. alle cell. di Nageotte.

Cuti-reazione alla Pirquet positiva.

20-2: Più evidente il *deficit* del facciale di sinistra. Non parla. Non deglutisce. Viene alimentato colla sonda.

4-3: Vomito ripetuto, da due giorni.

6-3: Cessato il vomito. Ha ripreso qualche parola, inceppata, tipo rinolalia aperta.

Persiste cefalea frontale.

Persiste strabismo convergente per paresi del retto est. sin. Persiste il nistagmo.

Esame otoscopico (Rip. Otojatr.).

Suppurazione cronica dell'orecchio medio di sinistra, con accumulo di cerume e pus nel condotto uditivo esterno.

Perforazione postero-inferiore della membrana T.; vasta lesione cribriforme della 1/2 inferiore del quadro timpanico (esiti di tubercolosi).

Le prove del Baranj riescono alquanto difficili per le condizioni del paziente, ed anche perchè le vaste perforazioni timpaniche lasciano fuoruscire l'acqua *per tubam*.

Con la prova calda sembra constatabile la ineccitabilità vestibolare a sin., mentre la reazione a destra sembra di tipo normale.

20-3: Meno accentuata la paresi del facciale di sin. Fonazione stentata. Ancora alimentazione colla sonda. Perde feci e orine.

Bradicardia meno accentuata (52).

Movimento degli arti possibile; persiste lieve *deficit* a destra. A d. si ottiene ora un Babinski netto, ma solo eccitando la superficie interna della coscia nel 1/3 superiore, a sin. Babinski incompleto.

21-3: Si presta meglio all'esame.

Non si rilevano alterazioni apprezzabili della sensibilità superficiale.

Modica dismetria agli arti inferiori, bilateralmente.

Accenno di adiadokocinesi agli arti sup., eguale dai due lati.

30-3: Migliorato. Cessata la bradicardia (78).

Si alimenta da sè.

Parla, benchè stentatamente.

Persiste deviazione dello sguardo, strabismo e nistagmo. Mobilità degli arti ripresa completamente. Energia muscolare eguale dai due lati.

Non dismetria; diadokocinesi regolare.

A fine di giugno il malato aveva ripreso completamente la possibilità di deglutire e di parlare, si era rimesso nello stato generale, nell'agosto potè sollevarsi sul letto, nel settembre scendere, reggendosi a mala pena e poi riacquistando stabilità e possibilità di deambulazione. Uscì il 10 marzo 1928.

Ve lo ripresentai un anno dopo in ottime condizioni di nutrizione generale, con intelligenza lucida, coerente, benchè un po' fatua: il ragazzo, di 18 anni, conscio della sua incapacità al lavoro, tuttavia si presentava gioviale e sorridente.

Parlava un po' stentatamente e infantilmente, la parola conservando il suo carattere di rinolalia aperta, per cui diceva *baba* per *mamma, pade* per *pane*.

Si reggeva bene, ma sempre a gambe divaricate: camminava senza appoggio, abbastanza speditamente, ma stancandosi presto, così da esser poi obbligato a reggersi a un compagno; procedeva diritto, ma al più piccolo ostacolo vacillava, tendendo a cadere ora a d. ora a sinistra.

La faccia conservava alcune asimmetrie, e sopratutto alcuni particolari della meccanica oculare; persistente strabismo convergente sinistro, per paresi dell'oculo motore est. sin., evidente anche nei movimenti di lateralità del bulbo; persistente nistagmo orizzontale, a riposo, quasi sempre destrorso.

Nel movimento coniugato a destra, nistagmo orizzontale costante, destrorso, a scosse rapide.

Nel movimento coniugato a sin., nistagmo intermittente, ora a scosse rapide, ora a scosse lente, per lo più destrorso, talora sinistrorso.

Movimenti verticali normali, talora accompagnati da nistagmo. Convergenza buona, accompagnata da nistagmo a scosse rapide, binoculare; nistagmo di convergenza.

Pupille di ampiezza normale, eguali, bene reagenti.

Papille ottiche a margini netti: congestione venosa accentuata.

Paresi lieve del facciale inferiore di sinistra.

Gli arti inferiori presentavano buon trofismo, discreta forza muscolare, riflessi normali, sensibilità affatto normale.

Successivamente le condizioni di statica del tronco, e l'energia generale migliorarono ancora, cosicchè si può dire che oggi, come ve lo presento, non rimangono che le turbe della meccanica oculare: il nistagmo, lo strabismo con paresi del 6° di sin. e del movimento coniugato destrorso, unitamente a una lieve paresi del 7° di sin.

L'andatura è franca.

Non vi è cenno di asinergia, di dismetria, di adiadokocinesi: la ricerca metodica delle comuni prove della marcia, del calcagno, dell'indice, della flessione combinata del tronco, delle varie manovre di Babinski, di Stewart-Holmes, di Thomas e Jumentié, ecc., sono tutte pressochè negative.

Non rigidità, non tremore degli arti.

Ritmo del sonno normale.

Ora dovete concedermi che, nel ripresentarvi il malato, io discuta nel tempo stesso i fatti svoltisi nella prima evoluzione del morbo, e quelli residuati nelle varie tappe successive, che svolga insieme i criteri diagnostici che sorsero dai primi fatti e quelli che sono resi ammissibili oggi, dai vestigi di essi.

Ritenni, fin dalla prima lezione, che la cefalea, il vomito, l'astenia grave, l'andatura atassica, la bradicardia, l'aumentata pressione del *liquor* deponessero per una neoformazione endocranica.

Ritenni che i sintomi a carico dell'apparecchio motore oculare, congiunti all'atassia, e con accenno a una paralisi alterna, tipo Millard-Gubler (della quale veramente era apparso solo qualche tratto, lieve e incostante), deponessero per una sede protuberanziale nella sua calotta, ritenni che i fatti di disfagia, di glossoplegia, di bradicardia, fossero effetto di compressione sul IX, X, XII nel loro decorso intracranico; giudicai che la natura del tumore fosse tubercolare, per la frequenza di queste formazioni nella protuberanza, e per il reperto dell'otojatra che ci assicurava di una pregressa lesione tubercolare dell'orecchio destro.

Concedetemi ora ch'io ritorni su qualche punto della diagnosi di sede.

Vi dissi esservi una sindrome alterna incostante e mal sicura.

Vi fu infatti paresi di 6° e 7° di sin. e *deficit* motorio con esagerazione di riflessi agli arti di destra.

Ma il *deficit* degli arti fu lieve, e di breve durata, il Babinski fu bilaterale e talvolta più distinto a sinistra che a destra.

Se una netta sindrome alterna fosse indispensabile per la diagnosi di sede protuberanziale, credo che avrei dovuto rinunciarvi.

Ma la sindrome alterna può mancare o essere appena accennata, quando la lesione colpisca la protuberanza nella sua calotta, che è estranea alle vie piramidali; inoltre la sindrome alterna può essere resa poco evidente da circostanze che ebbi occasione altre volte di farvi rilevare e su cui ritornerò brevemente, fra poco.

E finalmente, la sindrome alterna, pur vaga, può essere rafforzata nel suo significato dalla coincidenza colla alterazione della meccanica oculare.

Noi avemmo nel nostro ammalato costante deviazione dello sguardo verso destra per paralisi o paresi levogira, e avemmo paresi del 7° di sinistra.

Ciò costituisce, coll'accenno a paresi degli arti di d., il tipo protuberanziale della sindrome di Foville, o meglio, avendosi qui anche nistagmo e atassia, costituisce la sindrome di Raymond e Cestan, che è un'ulteriore varietà della sindrome stessa di Foville, varietà che si verifica quando la lesione protuberanziale posteriore si lateralizza notevolmente.

Ritornando poi sulle circostanze che possono mascherare o rendere ambigua la sindrome alterna, propria della protuberanza, vi ricordo che appunto nelle lesioni protuberanziali, si presenta straordinariamente frequente la bilateralità di alcuni fatti; ciò avviene talora anche in casi di lesione limitata a una o all'altra metà dell'organo: così la miosi, la areflessia corneale, la mancata reazione nistagmica agli stimoli vestibolari, la sordità, il rifl. di Babinski, in casi numerosi della letteratura risultano nettamente bilaterali; ancora, Raymond e Cestan nella loro descrizione della sindrome protuberanziale superiore (*Gaz. des Hôp.*, 1903) desunta da tre casi, descrivono una paralisi dei movimenti di lateralità dello sguardo, *bilaterale*, benchè per lo più prevalente da un lato.

Poi vi sono casi di una miscela, apparentemente disordinata, di fenomeni a carico dell'una e dell'altra metà.

Alquier e Klarfeld, trattando dei tumori dell'angolo pontocerebellare, citano un caso di tumore di sin., e corrispondente sindrome, in cui era preso pure il 6° e 7° di destra; un caso in cui era preso il 7° di sin., l'8° e il 12° a destra; un caso di tumore a sin. e corrispondente sindrome, in cui però si aggiungevano a questa, turbe del 3°, 9° e 12° di destra.

Finalmente, oltre che sulla bilateralità, devo insistere sulla variabilità di taluni fatti, sulla possibilità che essi si presentino, alternativamente, ora da una parte ora dall'altra.

In un caso di Claude, Schaeffer e Alajouanine, di tubercolo della protuberanza, sono notate da principio turbe nettamente localizzate a destra; nel diario di qualche giorno dopo si nota che le turbe sono retrocesse a destra; e sono comparse a sinistra: « il se produit, en quelque sort, un transfert de troubles de la droite vers la gauche ».

André-Thomas insiste sulle variazioni considerevoli delle turbe motorie e sensitive nelle sindromi protuberanziali da alterazioni vasali (emorragie o rammollimento).

Finalmente, facendo appello alla mia stessa esperienza, vi ricordo che nel caso di neoplasma della protuberanza che vi ho presentato in una bambina di 11 anni, confermato all'autopsia, e che ho pubblicato nella raccolta

di Lezioni della Scuola Minich del 1926, vi erano delle intense crisi vasomotorie nel campo del trigemino, che si producevano ora a d. ora a sinistra.

Nella fenomenologia acutissima da ascesso metastatico della protuberanza (che ho diagnosticato in vita, e fu confermato all'autopsia, e che ho descritto nel nostro giornale Veneto del 1928) trova al 1° esame anestesia corneale bilaterale, cenni di paresi bilaterale del 7°, mentre l'indomani vi era netta localizzazione dei due fatti a destra, e scomparsa di essi a sinistra.

Ho insistito su questi rilievi perchè li credo importanti, e non affatto accidentali, ma bensì legati alla conformazione anatomica della protuberanza, in cui le formazioni delle due metà non sono così vicine tra loro come nel bulbo, ma non sono così distanti come in tutte le altre formazioni emisferiche, mesencefaliche, cerebellari. Quindi la protuberanza, da un lato non dà le tetraplegie, proprie del bulbo, dall'altro non è facile dia le emi-sindromi pure, che sono abituali pel cervello, pei nuclei basali, pei peduncoli cerebrali, ecc.

Così da questa posizione intermedia della protuberanza scaturisce come necessaria conseguenza, che vi sono bensì le emi-sindromi sistematiche, coi caratteri loro proprii (Millard-Gubler, Foville, Deiters, ecc.) ma che ad esse si aggiungono frequentemente, spruzzi di fenomenologia dell'altro lato, e che pure vi è possibilità di una qualche alternativa di fenomeni nel decorso di uno stesso caso, e tutto ciò per ragioni che illustrai nei casi già pubblicati.

Ma non ho finito: Se fondai il giudizio essenziale su questi due elementi: atassia, e alterata meccanica oculare, a carico dei muscoli estrinseci, con nistagmo spontaneo e provocato, devo pure ricordare che essi, come possono esser propri di una lesione protuberanziale, così possono trovarsi presenti in lesioni di due altre sedi: i corpi quadrigemini; il cervelletto.

Per i tumori dei corpi quadrigemini, già 40 anni or sono Nothnagel affermava che la diagnosi si fonda essenzialmente sull'associazione di questi due fatti: atassia a tipo cerebellare, e paralisi oculari asimmetriche e progressive. Dato ciò, vi è nel caso nostro qualche cosa che lo stacchi dal tipo dei tumori delle quadrigemine?

Non parlo dell'atassia. Ne parleremo subito dopo, a proposito del cervelletto.

Ma c'è, se non m'inganno, un distacco sufficiente nel quadro oftalmoplegico.

È opinione concorde, e risulta da quasi tutta la casistica, che le paralisi oculari nei tumori delle quadrigemine sono nel campo del 3° e del 4° paio, e specialmente del 3°, e ne è chiara la ragione anatomica, in quanto che i nuclei del 3° sono disseminati lungo il pavimento dell'acquedotto di Silvio, che è sottostante alle eminenze quadrigemine, e saranno lesi, o per diffusione del processo, o per compressione, da una lesione di qualche importanza delle eminenze stesse. Invece non è mai (o solo in via eccezionalissima) leso il 6° paio, il cui nucleo è ben distante, appartenendo alla metà inferiore della protuberanza.

Nel nostro malato, sia attualmente, sia nel periodo acuto, troviamo lesioni, del 6° dei due lati, e specialmente del sin.: nella posizione di riposo c'è uno strabismo convergente per paresi del retto esterno sinistro, il *deficit* bilaterale appare più evidente nei movimenti. Non è invece leso il 3° paio, perchè retto superiore e interno, obliquo inferiore, elevatori della palpebra sono tutti integri. Integro è pure l'obliquo superiore, innervato del 4°.

Non basta. Nelle lesioni delle quadrigemine, vi può essere paralisi dei movimenti coniugati, ma da tutti è notato che questa paralisi è per i movimenti coniugati verso l'alto e verso il basso (pei nervi *suspiciens* e *despiciens* di Grasset), mentre invece la paralisi dei movimenti coniugati di lateralità è propria delle lesioni protuberanziali. Ora, fin dai primi giorni della degenza del Gård... il diario nota: impossibilità totale del movimento coniugato degli occhi verso destra, grande limitazione dei movimenti verso sinistra. E anche ora voi vedete il nistagmo che accompagna il movimento forzato verso destra, a ricordo della grave impossibilità del periodo acuto.

Ma non basta ancora. Nella quasi totalità dei casi di tumori delle quadrigemine con lesioni oftalmoplegiche (e cioè in più del 50 % di essi) sono pure alterati i riflessi pupillari. Sarebbe strano che non lo fossero, quando si ricordi che (per opinione quasi concorde), il centro di tali riflessi risiede nelle quadrigemine, o che per lo meno le quadrigemine posseggono un nucleo cellulare il quale è intercalato lungo l'arco di tale riflesso, e lo altera quando esso è leso.

Sopra 40 casi, raccolti dalla letteratura da Valobra, 13 volte esisteva rigidità pupillare assoluta alla luce e all'accomodazione, sette volte l'Argyll-Robertson unilaterale o bilaterale, dieci volte torpore delle reazioni pupillari con anisocoria, sette volte anisocoria sola, solo tre volte comportamento normale delle pupille.

Nel nostro malato voi potete constatare la uguaglianza, la regolarità della forma e delle reazioni pupillari del nostro malato, fatti tutti registrati dal diario anche in piena fase acuta del morbo.

Oserei dire che tutto ciò permette di escludere in via assoluta la localizzazione della lesione nelle quadrigemine.

È altrettanto facile escludere la sede cerebellare? Temo di no.

Anche nei riguardi di essa, possiamo dire che nel caso nostro mancavano molti dei fatti

che le son propri: la cefalea era frontale, anzichè occipitale, mancava la papilla da stasi (frequentissima nei tumori cerebellari, in cui si trova fra il 50 e l'80 % dei casi, a seconda degli osservatori, mentre manca abitualmente nei tumori della protuberanza): furono transitorii i segni di asinergia, di dismetria, di adiadokocinesi.

Malgrado ciò, l'atassia, il nistagmo, le deviazioni oculari che furono proprie del nostro malato, entrano nella fenomenologia cerebellare non meno, e qualcuna più, che nella fenomenologia protuberanziale.

In gran parte, sono fatti dipendenti da lesioni delle vie vestibolari che corrono nel ponte, ma che sono legate, anatomicamente e funzionalmente col cervelletto, col quale agiscono sinergicamente. E in parte sono interpretate come dovute alla compressione esercitata dal tumore cerebellare sulla fossa posteriore, e che può ledere la funzione di tutti i nervi cranici che vi decorrono.

Così secondo Steward e Holmen nella maggioranza dei casi, i tumori cerebellari dànno paralisi del retto esterno del lato colpito dal tumore, specialmente se il neoplasma è extracerebellare, e può essere bilaterale se il tumore è intracerebellare.

In qualche caso vi è pure paresi dei movimenti coniugati di lateralità, verso il lato della lesione. E vi è spesso paralisi o paresi del facciale, talora totale, talora del ramo superiore o inferiore, e vi possono essere segni irritativi del 5° paio, e, raramente, alterazioni a carico del 9°, 10° e 12° paio.

Concludendo, voi vedete quanto possa essere difficile, in determinate circostanze, il differenziare la neoformazione cerebellare dalla protuberanziale.

Vi confesso anzi che tutto ciò mi trattiene nel caso nostro dall'escludere in modo assoluto la sede cerebellare; dico solo che considerato quel tanto che oggi è rimasto nel nostro paziente, considerato cioè che è andata gradatamente scomparendo la atassia, che è il fatto più squisitamente dovuto al cervelletto, mentre persistono i fatti della alterata meccanica oculare, la cui sede diretta è il ponte, propendo nuovamente a concludere più per questo che per quello.

Da ultimo, potreste chiedere come una grave lesione della calotta pontina possa essersi svolta senza turbe della sensibilità, le cui vie passano tutte attraverso di essa. Ma è noto già da numerosa casistica, che, non raramente, tumori di questa regione decorrono appunto con sensibilità integra, per ràgioni, non sempre nè tutte valutabili.

*
* *

Ed ora, parliamo un momento della natura del processo. Io ammisi fin da principio il tubercolo.

La frequenza notevole di esso in queste sedi, i segni rilevati dallo specialista, di un pregresso processo tubercolare dell'orecchio destro, e poi l'evoluzione successiva del morbo, mi parvero e mi paiono ancor oggi argomenti importanti in favore di esso.

Occorre differenziarlo da altri processi?

I tumori propriamente detti, si possono escludere con certezza; l'insorgenza acuta della sintomatologia gravissima del primo periodo non è certo comune in essi: vi si adatta ancor meno l'evoluzione successiva, che portò a una guarigione con *restitutio*, incompleta, ma notevolissima, che dura da anni.

È necessario invece che differenziamo il tubercolo da altri processi di natura infiammatoria.

Non parlo della meningite, che restò esclusa nel periodo acuto del morbo, dalla assenza dei segni clinici diretti (rigidità, Kernig, ecc.) e sopratutto dai caratteri del *liquor*, che deponevano decisamente contro.

È da trattenerci invece sulla possibilità dell'encefalite, forma di eziologia svariata, di sintomatologia multiforme, di decorso dal più acuto al più cronico, e, in generale, di frequenza certo assai maggiore di quanto pochi anni fa si conoscesse.

Parliamo sopratutto di due tipi di encefalite, che qui potrebbero esser invocati:

la polioencefalite acuta superiore di Wernicke;

l'encefalite epidemica di Economo;

ambedue solite a dare turbe della meccanica oculare per lesioni dei nuclei peduncolari e protuberanziali.

La polioencefalite superiore di Wernicke, forma rara e gravissima, ben difficilmente sfugge all'esito letale; comunque, è di evoluzione molto rapida, suole essere febbrile in tutta o in parte del suo decorso; può dare una sintomatologia complessa, ma d'ordinario dà i fenomeni di localizzazione corrispondenti ai nuclei colpiti, per lo più del III, IV, VI, più raramente del VII e del V motore; difficilmente dà fenomeni di aumento generale della pressione endocranica.

Per tutti questi fatti, mi pare che il caso nostro si stacchi dalla forma di Wernicke.

L'encefalite di Economo si presentò da noi, come sapete, in forma epidemica dal 1918 al 1923, e poi continuò a dare qualche raro caso sporadico, che può farci domandare se anche il caso attuale vi rientri.

Se considero la fisonomia generale della forma, quale potei desumerla dai numerosi casi seguiti in quell'epoca, parmi che il caso nostro non vi si adatti nei riguardi dei fenomeni da focolaio, che sono più spesso svariati, a spruzzi, per lo più rilevanti origine extrapiramidale e corticale. Nel nostro malato poi, mancò ogni fatto di narcolessi o di alterato ritmo del sonno.

Il quadro successivo fu un vero e proprio reliquato, definitivo, mentre nell'encefalite

epidemica, il cronicizzarsi suole il più spesso significare evoluzione lentissima verso sindromi più complesse, talora nuove, e in ogni modo con alcune stigmate, particolarmente di ipertonie, di tremori, in generale di segni extra-piramidali, ed inoltre di turbe psichiche, che nel nostro caso mancano tutte assolutamente.

Il tubercolo, partecipando, nei riguardi della sintomatologia, e del processo neoplastico e del processo infettivo, si adatta assai di più a tutto il decorso del caso nostro.

L'anatomia patologica del tubercolo cerebrale ci permette di concepire una prima fase, di formazione e di accrescimento del nodo, in cui dominano fatti di localizzazione, ma in cui pure i fatti perifocali (propri al processo tubercolare di ogni sede) determinano una massa capace di dar fenomeni generali di compressione, e fatti congestizi collaterali capaci pure di arrotondare e allargare il quadro della localizzazione. Lo Zanetti, della scuola del nostro Cagnetto, ci ha dato un bellissimo studio sulla struttura e la evoluzione anatomica del tubercolo encefalico, e ha osservato la reazione della zona esterna, con turgescenza vasale, aumento dei capillari, poca alterazione delle cellule nervose circostanti, *tentativi* di reazione della glia, destinati a una graduale sclerosi, se il processo di formazione del tubercolo si arresterà e regredirà.

Ora, se il processo si arresta, nel mentre la sclerosi gliale lo isola, tutti gli altri fatti perifocali regrediranno, e mentre il tubercolo si involve, e calcifica, la sintomatologia si ridurrà al minimo, voluto strettamente dalla sua localizzazione.

Tutto ciò può ben accordarsi colle successive fasi del caso nostro: certo però che al momento di concludere, nei riguardi e della natura e della sede, mi trovo un po' esitante di fronte alla nudezza della sindrome residuata. Essa può parere poco proporzionata alla nobiltà della sede protuberanziale, in cui tanti organi nervosi di moto e di senso sono serrati gli uni contro gli altri.

Nei casi di tubercolo calcificato del peduncolo o delle quadrigemine (Valobra ne ha raccolte cinque dalla letteratura) la fenomenologia era ben più complessa.

Invece negli emisferi cerebrali e nel cervelletto, la fenomenologia del tubercolo calcificato può essere muta, e sono non rari i casi descritti come reperto accidentale di autopsia. Perciò, pur rimanendo fedeli al concetto del tubercolo calcificato, potrebbe ritornare in discussione, come più consentanea a tutto il decorso, la sede cerebellare, la quale (oltre ad essere più frequente della protuberanziale) renderebbe più comprensibile che nel periodo di attività grave del processo, la massa potesse aver acquistato volume tale da produrre i fenomeni più gravi di compressione presentati nel periodo acuto dal nostro Gard...; mentre poi involutasi la massa, sarebbe rimasto (unico residuo di lesioni riverberantesi sulle vie cerebello-vestibolari) il nistagmo e le alterazioni di direzione dello sguardo.

Senza ritornare sui criterii differenziali espostivi prima, e che mi fecero poi, malgrado tutto, propendere per la sede protuberanziale, vi soggiungo che anche queste ultime considerazioni non sono in contraddizione colle conoscenze che abbiamo dalla patologia, sul tubercolo della protuberanza: è noto che la calotta (in cui riponemmo quello del caso nostro) è in fatto la sua sede di preferenza; poi, secondo Alquier e Klarlferd, esso presenta due fatti degni di nota: è ben delimitato, così macro che micro-scopicamente, agisce sui tessuti più per spostamento e compressione che non per distruzione.

Può avvenire così che, localizzato nella calotta, non dia che i fatti oculari come avvenne nel caso di Marchand e Page (*Revue Neur.*, 1923).

Ciò rende ancora una volta plausibile che nel caso nostro, superato il periodo tumultuoso dell'evoluzione del tubercolo, sia rimasto la sola sintomatologia legata alla sede circoscritta della cuffia protuberanziale.

*
* *

Devo dirvi qualche cosa anche del pronostico che, la prima volta che presentai il malato, ritenni infausto, conformemente alla natura della lesione e alla sede nobilissima di essa.

In quell'epoca, erano così gravi l'astenia e l'emaciazione del malato, e ancora così compromesse le funzioni essenziali della vita, che non ho preso quasi affatto in considerazione la possibilità di una guarigione, non perchè la giudicassi teoricamente inammissibile, ma perchè nel caso concreto pareva superiore alle resistenze del malato.

Il successivo decorso smentì il mio pronostico.

Il malato, a fine di giugno, dopo 4 mesi dall'ingresso, aveva ripreso la possibilità di deglutire e parlare, e si era rimesso nello stato generale; nell'agosto potè sollevarsi sul letto; nel settembre scendere, reggendosi a malapena. Dopo un anno si reggeva, pur atassicamente. Oggi non ha quasi altri vestigi che quelli dell'apparecchio oculare.

Ormai il caso concede un pronostico di vita indefinito.

Il tubercolo calcificato resta un *caput mortuum* non più offensivo. Nel caso di Infeld, l'evoluzione del tubercolo svoltosi a cinque anni di età, non impedì allo individuo di raggiungere i 70 anni di vita!

Il dott. Santi trovò un grosso tubercolo calcificato nella corteccia di un giovane, suicida a 25 anni: egli ritenne che dovesse collegarsi

a una sindrome morbosa, svoltasi 16 anni innanzi.

Il prof. Fiore, che trattò ripetutamente della tubercolosi dei centri nervosi, anatomicamente dimostrata guaribile, riferisce casi analoghi, suoi e della letteratura.

Non insisto più oltre.

Mi parve che il caso attuale presentasse per voi un qualche interesse perchè ci fu dato di seguirne la sintomatologia dall'epoca del suo pieno fiorire a questo delle estreme vestigie, mentre per lo più avviene che tali sintomatologie residuali dei centri nervosi si presentino solo tardivamente e accidentalmente, e non si prestino perciò che a una discussione assai meno concreta.

Il caso ha interesse anche perchè le cognizioni che noi possediamo sul tubercolo calcificato dei centri nervosi, sono quasi esclusivamente anatomiche: il caso nostro è uno dei pochi di cui si potè discutere clinicamente, e che se un giorno dovrà avere un controllo anatomico, permetterà di vagliare fatti e criterii, di ordine clinico, che ci condussero, a ragione o a torto, ad un tale giudizio!

NOTE E CONTRIBUTI.

Sez. Chirurgica dell'Ospedale "G. B. Morgagni,, in Forlì.

Costituzione, vagotonismo e sintonia patologica dell'addome destro [1]

per il prof. SANTE SOLIERI, direttore.

Nelle mie pubblicazioni sulla *Sintonia patologica dell'addome destro* avevo accennato già alla importanza del fattore costituzionale nella determinazione della sindrome stessa. Tale accenno non ha mancato di rilevare il relatore stesso prof. Leotta a pag. 72 della sua monografia sulle sindromi associate dell'addome destro. Voglio ringraziare il prof. Leotta per avere riconosciuto la priorità dei miei studi su questo argomento, da cui è venuto il concetto unitario della patologia della sezione destra del ventre, quale si verifica in molti casi, e la espressione sintetica di *addome destro*.

Non è mia intenzione ripetere quanto ho già ribadito nei miei scritti e cioè come a base della associazione morbosa principale dell'addome destro (appendicite, colecistite, ulcera pilorica e duodenale) io ponga un rapporto fisio-patologico nervoso esistente fra gli organi sede di queste malattie, rapporto dimostrato dal *riflesso appendiculo-gastrico* da me osservato e descritto sino dal 1912.

Il Loreti in una recente pubblicazione ha controllato e ristudiato tale riflesso a mezzo della anestesia locale durante l'operazione di appendicectomia.

Sul valore che si doveva assegnare all'elemento — *costituzione* e *vagolabilità* (nel concetto del Pende) — nella sintonia patologica dell'addome destro non volli soffermarmi partitamente prima d'ora perchè ritenni necessario basare qualsiasi convincimento in proposito sopra un numero di osservazioni assai grande e sopra tutto sugli esiti immediati e lontani dopo l'operazione o le operazioni eseguite sull'addome destro. Ora sono in grado di poter enunciare quanto segue:

1) i malati di sintonia dell'addome destro sono longilinei per il 60-70 % dei casi;

2) sono per la quasi totalità *vagolabili ipertonici* coè *vagotonici*.

Questi dati ho veduto nella relazione del prof. Leotta essere confermati dalle ricerche sistematiche che egli ha fatto eseguire dal suo aiuto dott. Rossi sui malati di sindromi associate dell'addome destro.

Di recente il Bufano della Scuola medica di Genova si è occupato delle coliche biliari dette per il passato *sine calculo*, la cui patogenesi era ignota e su cui si va ora facendo luce grazie ai progressi della patologia costituzionale e della colecistografia. Egli ha dimostrato, in base ad osservazione clinica molto diligente, che sofferenze a tipo di colica erano mantenute da ipermotilità ed ipertonia neurogena della cistifellea in soggetti spiccatamente vagolabili, in cui si sarebbe stati indotti a fare diagnosi di colelitiasi se l'esame costituzionalistico non avesse messo sulla strada della diagnosi esatta. Una terapia antivagale può in questi casi essere efficace.

Le risultanze di queste ricerche sul costituzionalismo e sulla cinesi del vago unite alla già citata conoscenza del riflesso appendiculo-gastrico mi sembrano prove non dubbie della importanza che le relazioni nervose fisiologiche e fisio-patologiche giuocano nel determinismo delle sindromi consociate dell'addome destro.

Agenti infettivi, che partano dall'appendice flogosata, trovano in questa predisposizione fisiopatologica il terreno preparato per la genesi delle malattie consociate. Non voglio entrare nella discussione se la propagazione del fattore infettivo avvenga attraverso le membrane o aderenze (secondo il concetto del Leotta) o per via linfatica o per via sanguigna, come ritengono altri. Scopo dei miei studi è stato ed è, non la etiologia delle malattie dell'addome destro, ma la *patogenesi della loro associazione*. Questa appariva in-

(1) Comunicazione al XXXVIII Congresso della Società Italiana di Chirurgia, 18 ottobre 1931 in Bari.

vero strana o spesso disorientante prima che fosse dimostrato il legame nervoso che vincola la fisiologia e la patologia degli organi dell'addome destro.

Sopra un punto desidero richiamare l'attenzione degli studiosi ed ispecie dei medici. Scorrendo le riviste di patologia e di clinica medica ho avuto la impressione che molti casi ritenuti di vagotonismo primitivo con manifestazioni le più svariate sia a carico dell'apparecchio digerente (stomaco, vie biliari) ma anche dell'apparecchio circolatorio e respiratorio siano degli appendicitici, nei quali lo stimolo vagotonico parta essenzialmente dalle condizioni morbose del verme. Richiamo due mie osservazioni assai importanti citate anche dal Loreti. In una donna vi era bradicardia spiccata con fasi ricorrenti di aritmia: dopo l'appendicectomia questi fenomeni scomparvero e non si sono più rinnovati. In un'altra donna appendicitica cinquantenne si erano stabiliti accessi di asma bronchiale assai grave; appendicectomizzata, la donna si liberò dall'asma in circa tre mesi, nè più vi è andata soggetta. Altre osservazioni del genere sono reperibili nella letteratura.

In riguardo alla sindrome colecistica, e precisamente alla colica biliare, il taglio dell'addome destro mi ha concesso di rilevare che in grande numero di casi diagnosticati per colecistite in realtà colecistite non esisteva e furono le sofferenze tutte eliminate dalla semplice appendicectomia. Gli operati vengono seguiti da anni. Ciò dicasi per manifestazioni di colica biliare a tipo acuto, o cronico. Ricordo l'osservazione di due giovani donne che mi furono inviate con diagnosi di colecistite calcolosa (crisi dolorosa con sede tipica all'ipocondrio, ittero, febbre, pigmenti biliari nelle urine) le quali risultarono alla biopsia essere appendicitiche con un'appendice flemmonosa ed avere la colecisti normale. Entrambe furono appendicectomizzate; guarirono nel volgere di pochi giorni e dopo non hanno avuto mai più sofferenze; sono cresciute dai 10 ai 15 kg. di peso. Dico pure di una donna la quale fu curata per un anno e mezzo con diagnosi di colecistite *da me* e da un clinico illustre di questa regione. Poi la donna si stancò per la poca efficacia delle cure mediche e decise di farsi operare. Usai il taglio dell'addome destro: la colecisti era normale, ed invece l'appendice era grossa e infiammata, e questa sola fu tolta. Da oltre due anni la donna, rifiorita in salute, non ha più sofferenza alcuna. Questi soggetti erano tutti dei longilinei con stimmate di vagotonismo.

Ma sopra ogni altro giudico importante il caso che sto per narrare, perchè, prima che da me, la inferma (una signorina dell'Italia settentrionale) fu veduta e studiata in ambiente costituzionalistico. E la diagnosi stabilita era di *vagotonismo*: organismo esile longilineo; deperimento, tinta subitterica, dispepsia, stipsi, dolore quando più, quando meno accentuato sotto l'ipocondrio destro, movimento febbrile non costante, nè molto accentuato. Cure igieniche, dietetiche e medicamentose di ogni genere non avevano modificato lo stato della malata, che si faceva sempre più allarmante per l'astenia generale. Quando il medico di casa, avendo letto i miei scritti sulla sintonia dell'addome destro, ebbe il sospetto che la sua cliente fosse anzitutto una appendicitica e me la fece vedere. Io mi convinsi che Egli era nel giusto — quella signorina era appendicitica e *per ciò e dopo ciò vagotonica con riflessi gastrici e colecistici.* La operai di appendicectomia ed è guarita perfettamente: il vagotonismo da due anni è scomparso e la ragazza si dedica con passione e con entusiasmo agli sports più arditi e faticosi.

Non ripeto quanto ho già scritto a proposito della relazione fra appendicite ed ulcera gastrica o duodenale: ognuno da gran tempo conosce il valore che si deve assegnare all'elemento nervoso nella patogenesi dell'ulcera peptica. I miei studi sul riflesso appendiculo-gastrico e sulla sintonia dell'addome destro rinsaldano tale concezione.

Un fatto di grande importanza la osservazione clinica dimostra e cioè che le manifestazioni dell'addome destro possono presentarsi nello stesso soggetto, ma non nello stesso tempo, bensì successive. Ovvia è la spiegazione, secondo il nostro modo di vedere, quando si manifesti una sindrome colecistica, una sindrome gastrica e si intervenga per questo, avendo lasciato in posto l'appendice malata, perchè quella è la causa prima e permanente del male. Un medico, dopo che il mio lavoro fu uscito sulla sintonia patologica dell'addome destro, mi scrisse per dirmi che i chirurgi quando operavano per colecistite, avrebbero dovuto asportare sempre insieme l'appendice, perchè troppe volte dalla sua zona aveva dovuto mandare operati di colecistectomia a farsi operare ancora per appendicite e soltanto così li aveva poi visti guarire definitivamente. Ma in altri casi si opera di appendicectomia e poi dopo un certo tempo si manifesta colecistite e poi ancora ulcera duodenale o viceversa.

Io ho dei soggetti operati da me di tutte e tre le manifestazioni l'una dopo l'altra, op-

pure operati prima da altri chirurgi ed in seguito da me per le altre localizzazioni dell'addome destro. Sono appunto dei soggetti longilinei e vagotonici. Ma io mi sono potuto convincere che quasi sempre furono portatori per anni ed anni della loro appendice malata, per cui, essendo costituzionalmente predisposti e vagolabili, *divennero vagotonici per il lungo stimolo sopportato da parte dell'appendice infiammata* e rimasero tali anche dopo appendicectomizzati. Onde si comprende che, sopraggiungendo cause occasionali le più svariate (malattie infettive intercorrenti anche di poca importanza, come una tonsillite, disordini alimentari, patemi psichici) possa aversi la insorgenza successiva di una colecistite o di una ulcera peptica. Donde il precetto di far operare gli appendicitici subito, appena assodati tali.

Sotto questo ordine di idee mi è opportuno completare ora la storia clinica di quel malato che fu oggetto della mia pubblicazione: *Su la gastropatia iperacida di origine appendicolare*, storia che è ben nota ed è stata riportata quasi integralmente da molti autori.

Quel paziente che io avevo operato senza risultato di gastroenterostomia per gastrosuccorrea iperacida con spasmo pilorico e che poi guarì dei suoi disturbi gastrici solo quando una peritonite da appendicite costrinse alla appendicectomia, era stato poi sempre bene per 12 anni ed era cresciuto 20 Kg. di peso. Poi cominciò a soffrire di nuovo (egli diceva) allo stomaco con irradiazioni dolorose all'ipocondrio destro ed alla regione dorsale. Perdette l'appetito e prese a dimagrire. Ricorse a diversi sanitari a Forlì ed a Bologna e si fecero anche esami radiografici. Questi dimostrarono che il neostoma era bene funzionante, mentre il piloro (che non era stato escluso nel primo intervento) era impermeabile e figurava preso in una massa che giudicarono di origine neoplastica. Fu studiato anche costituzionalmente: longilineo, aveva spiccatissimi segni vagali.

Il paziente, che non si faceva illusioni sul suo stato perchè, intelligente come è, aveva compreso il tenore della diagnosi fatta; reclamava da me soccorso chirurgico, accadesse ciò che poteva.

Si presenta in condizioni generali impressionanti: nell'ambito di un anno si era fatto quasi irriconoscibile tanto era amaciato e magro. Però dall'esame obbiettivo io mi convinsi che non fosse un neoplastico ma che si trattasse invece di una colecistite con pericolecistite. In tale concetto mi confortava, oltre il risultato dell'esame obbiettivo locale, la presenza di uno stato subfebbrile, un leggero ittero e la insorgenza accessuale di dolori a tipo colico, benchè non molto violenti. Debbo dire che il mio spirito era influenzato, oltre che dalla conoscenza esatta del soggetto e della sua storia patologica, dalla attitudine acquisita per la ponderazione dei problemi dell'addome destro. Si aggiunga che, indagando minutamente l'anamnesi, potei assodare che il malato aveva avuto qualche mese prima dei suoi nuovi disturbi una ferita settica alla gamba destra. Intervenni adunque con diagnosi da me posta di colecistite e pericolecistite, e di fatti era così. Estirpai, in mezzo a difficoltà non lievi per aderenze che imbrigliavano anche piloro e duodeno, una grossa colecisti con pareti spesse oltre mezzo centimetro, la quale conteneva bile nera, densa, come sciropposa, ma non calcoli. Presi occasione per correggere anche l'ernia laparotomica residuata all'intervento per la peritonite appendicitica, quantunque sino allora non gli avesse dato molestie. L'operato guarì in circa venti giorni e ha recuperato la più perfetta salute ed il suo peso normale.

CONCLUSIONI E RIASSUNTO.

Gli infermi per sindromi consociate (sintonia patologica) dell'addome destro costituzionalmente per la massima parte (60-70 %) sono longitipi e tutti vagolabili ipertonici (vagotonici). Ciò, messo in relazione con la conoscenza del riflesso appendiculo-gastrico, prova la importanza del fattore nervoso nella patogenesi della sindrome consociata dell'addome destro.

È tuttavia necessario nella clinica tener presente che lo stato vagotonico con le sue più svariate manifestazioni, può essere determinato da una appendicite spesso latente ed obsoleta e quindi cessare qualora sia tolta l'appendice malata.

La lunga permanenza in sito dell'appendice infiammata può, in dipendenza del lungo stimolo sul vago, stabilizzare un abito vagotonico che rimane anche dopo tolta l'appendice e che spiega la comparsa successiva di colecistite o di ulcera peptica: sindromi consociate cioè nel tempo.

BIBLIOGRAFIA.

Solieri S. *Ueber den epigastrichen Schmerz bei Appendicitis.* Mitteilungen aus den Grenz. der Med. und Chir., Band 25, 1912; Revue de Chirurgie, a 33, n. 4, 1913.

Id. *Su la gastropatia iperacida di origine appendicolare.* Rivista ospedaliera, 1913; Mitteilungen aus den Grenz. der Med. und Chir., Bd. 26, Heft 4, 1913.

Id. *Sintonia patologica dell'addome destro.* Policlinico, Sez. pratica, 1925.

Visani C. *Sintonia patologica dell'addome destro.* Tesi della Clinica Medica della Università di Firenze, luglio 1927.

Solieri S. *Il taglio laparotomico per l'addome destro.* Policlinico, Sez. pratica, 1929.

Id. *Ancora sulla sintonia patologica dell'addome destro.* Ibid., 1930.

Loreti M. *Il dolore epigastrico nell'appendicite ed il riflesso appendiculo-gastrico del Solieri controllati coll'anestesia locale.* Ibid., 1931.

Bufano M. *Contributo alla conoscenza delle sindromi determinate da ipertonia neurogena della cistifellea.* La Riforma Medica, 1931, n. 28, pagina 1067.

Leotta N. *Sindromi consociate dell'addome destro.* Relazione al XXXVIII Congresso della Società Ital. di Chirurgia, 18-21 ottobre 1931, Bari.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE DEL LITTORIO — ROMA
PADIGLIONE « FLAJANI ».

Eruzione bollosa simmetrica ai talloni consecutiva a rachianestesia.

(Illustrazione di due casi clinici).

Dott. GIOVANNI PICARDI, assistente negli Ospedali Riuniti di Roma.

La rachianestesia, dalla sua prima applicazione in chirurgia — 16 agosto 1898, Bier — fino ad oggi, à destato sempre grande interesse.

La creazione di questo metodo di anestesia è stata un'opera progressiva, ed ai progressi della chimica dobbiamo degli agenti analgesici più sicuri mentre la lunga esperienza clinica ci fornisce i risultati in base ai quali possiamo formulare le indicazioni. Per cui questo metodo pure avendo ancora sostenitori (Donati, Alessandri, Jonnesco, Forgue, ecc.) ed oppositori (Mayo, Enderlen, Wessel, Giordano, Taddei, ecc.) è ormai entrato nella pratica chirurgica.

Gli studi recenti di Forgue e Basset sull'argomento hanno precisato molti dati ed hanno pure superato l'epoca in cui J. Camus con frase malinconica esclamava: « V'è qualche cosa di angoscioso nel fatto di introdurre nella regione lombare un tossico di cui non si sa nè fino a dove risalirà, nè su quale parte del neurasse andrà a portare i suoi colpi ». Secondo questi autori la sostanza anestetica introdotta negli spazi sottoaracnoidei, impregnerebbe il tessuto nervoso, grazie ad un neurotropismo elettivo. L'ascensione verso l'alto avverrebbe per gradi, da segmento in segmento, come da altra parte accade per il tetano e la rabbia.

A misura però che avviene la fissazione elettiva dell'anestetico, la soluzione s'impoverisce e ne consegue che l'anestesia dovrà arrestarsi ad un dato punto.

Col nuovo concetto del neurotropismo elettivo, il problema del meccanismo di azione si rischiara molto e si spiegano, trattandosi di fenomeni vitali, le variazioni individuali, e, in ogni caso, la limitazione dell'anestesia ad un determinato livello.

Però i vari fenomeni che si verificano nella rachianestesia normale possono subire alcune deviazioni che divengono causa del manifestarsi di accidenti e complicazioni al momento della puntura, durante l'anestesia e nei giorni successivi. L'evenienza più semplice è data dalla mancanza di anestesia o da una anestesia inferiore a quella che si sarebbe aspettata. Infatti l'anestesia può arrestarsi ad un livello inferiore a quello in cui bisogna intervenire chirurgicamente, essere di breve durata, di intensità insufficiente. In qualche raro caso è stata osservata l'anestesia degli strati superficiali del corpo e non di quelli profondi.

Durante il periodo dell'anestesia possono avvenire accidenti variabili per natura ed intensità, specialmente di origine bulbare, come nausea e vomito, disturbi circolatori che possono andare da un pallore del volto, sudore freddo, polso piccolo, fino al collasso ed alla morte, accidenti respiratori, ecc. Trascorso il periodo dell'anestesia inoltre si possono verificare cefalea, rachialgia, fenomeni di meningismo, vomito, disturbi degli sfinteri, paralisi degli arti, paralisi dei nervi cranici, disturbi sensitivi, psichici, trofici. Questi ultimi sono spesso associati a dolori, a turbe motorie (paralisi) e sensitive. È stata osservata gangrena cutanea a livello dei punti di appoggio (tallone, Goldmann), escare da decubito, escare sacrali (Waitz: un caso con morte, Butoiano due escare sacrali su 3800 R. A.; Lardennois de Reims, un caso in paraplegico su 17000 R. A.) a sviluppo a volte lento a volte rapido e acuto (Montanari, Bilancioni) accompagnato o non ad anestesia della regione. Bressot ha citato il caso di un uomo operato in rachianestesia e che conservava come sequela definitiva una voluminosa escara con anestesia totale perineo sacrale e glutea e con paralisi degli sfinteri vescicale e anale.

In altri casi si tratta di edemi trofici, circoscritti (Hesse, Mayer).

Mayer ha osservato anche lo sviluppo di vescicole cutanee di cui le une si disseccavano, lasciando un ispessimento persistente della pelle e le altre si trasformavano in ulcerazioni torpide.

* * *

Ho osservato due casi, simili fra loro in varii punti, che mi pare rappresentino un buono esempio di disturbi trofici consecutivi a rachianestesia e che credo meritino di essere illustrati anche perchè sono i soli del genere su circa 500 casi di rachianestesia eseguiti nel Reparto, nello spazio di 7 mesi.

CASO I. — Z. A., donna di anni 18, entrata in Ospedale il 13-X-1931 per appendicite.

Anamnesi familiare e personale remota negative.

Mestruata a 14 anni: mestruazioni sempre regolari.

Quattro anni fa colica appendicolare con vomi-

to, febbre. Tra periodi di apparente benessere ebbe altri quattro attacchi meno violenti, ma sul tipo del precedente; il 13-X-1931 nuovo attacco.

Operata il 14-X-1931. Anestesia rachidea alla tutocaina positiva, con choc precoce. Decorso post-operatorio regolare.

Il giorno 18-X-1931 apparvero bolle a contenuto sieroso in corrispondenza delle regioni calcaneari precedute da sensazione dolorosa di caldo, senso di tensione; sensazioni queste che, con la comparsa delle bolle, si sono trasformate in dolore duraturo. Le bolle della grandezza di una moneta da 10 lire, presentavano contorno irregolarmente circolare, circondate da alone rosso. La palpazione riusciva dolorosa. Il giorno 21 si praticò puntura che diede esito a liquido citrino. Si notò progressivo aumento di volume delle lesioni, specialmente a destra, il contenuto andava assumendo carattere emorragico. La P. notava grande fastidio al piede destro dove il giorno 3 novembre fu tolta la cute in corrispondenza della bolla e si diede così esito al contenuto liquido. Ne residuò una piaga che ebbe lenta evoluzione verso la guarigione. A sinistra la bolla, il cui contenuto divenne ematico, andò disseccandosi; il 15 dello stesso mese persisteva una piaga a destra.

Caso II. — De S. E., donna di anni 17. Entrata in Ospedale il 29-X-1931, per appendicite. Anamnesi familiare e personale remota negative. Mestruata a 15 anni: le mestruazioni hanno avuto sempre decorso regolare.

In agosto del 1931 forte colica appendicolare che si è ripetuta altre due volte in ottobre.

Alvo stitico. Minzione regolare.

Operata il 29-X-1931: rachianestesia tutocainica positiva. Decorso post-operatorio regolare.

Il 1° novembre sono comparse due bolle in corrispondenza della metà esterna delle regioni calcaneari, con contorno irregolarmente ovoidale, circondate da alone rosso, a contenuto liquido citrino.

Tali lesioni furono precedute da senso di bruciore e dolore in corrispondenza delle regioni colpite. Il dolore divenne permanente. Per circa 3 giorni le lesioni seguirono una evoluzione progressiva, dopo di che, attraverso un periodo stazionario, regredirono disseccandosi e lasciando un ispessimento cutaneo.

Il primo fatto che attrasse la mia attenzione fu, nei due casi descritti rapidamente, la comparsa di queste lesioni cutanee a tipo essudativo con carattere simmetrico, forse più evidente nel secondo caso, ciò che fece pensare subito a manifestazione di lesioni nervose.

Trattandosi di due giovani donne, operate entrambe sotto anestesia rachidea, e trattandosi di lesioni a carattere essudativo, sospettai disturbi vascolari derivanti da alterazione funzionale del sistema nervoso della vita vegetativa, consecutiva alla rachianestesia.

Ho studiato perciò lo stato del sistema nervoso vegetativo dal punto di vista generale, per quanto riguarda la temperatura ascellare e della regione poplitea, esame generale del sistema nervoso, dermografismo, prova del laccio e del martello, pressione arteriosa degli arti superiori ed inferiori, reazione ad iniezione sottocutanea di adrenalina con consecutiva modificazione della pressione sanguigna, riflesso oculo-cardiaco, periodo di apnea, ecc.

Caso I. — Temperatura: ascellare 37°,1; poplite 36°,5.

Sistema nervoso: negativo; emotività.

Dermografismo rosso: positivo dopo 10'', dura netto per 3', va scomparendo non uniformemente dopo 5.

Prova laccio e martello: negativa arti sup. e inferiori.

Pressione arteriosa: arti sup.: mx 170, mn 120; inf. D.: mx 180, mn 130; inf. S.: mx 180, mn 130.

Dopo iniezione sottoc. 1 mmgr. adren., pressione: dopo 5': mx 190, mn 140; dopo 20': mx 190, mn 140; dopo 30': mx 180, mn. 130.

In seguito all'iniezione di adrenalina si nota intenso pallore e tremore.

Riflesso oculo-cardiaco: negativo.

Oltre queste ricerche sul sistema nervoso della vita vegetativo, ho ricercato:

Periodo di apnea: 10''.

W. R.: negativa.

Sangue: gl. rossi 4.960.000; gl. bianchi 7200; Hb. 0,60; val. glob. 0,7; form. glob. normale.

Urine: negative.

Caso II. — Temperatura: ascellare 37°,3; poplite 37°.

Sistema nervoso: negativo; facile emotività.

Dermografismo rosso: Positivo dopo 15'', termina dopo circa 5' con regressione dalla periferia al centro.

Prova laccio e martello: negativa.

Pressione arteriosa: arti sup.: mx 170, mn. 120; inf. D.: mx 180, mn 120; inf. S.: mx 180, mn 120.

Dopo iniezione sottoc. 1 mmgr. adren., pressione: dopo 5': mx 185, mn 140; dopo 20': mx 180, mn 130; dopo 30': mx 170, mn 120.

In seguito all'iniezione di adrenalina si nota intenso tremore diffuso.

Riflesso oculo-cardiaco: positivo.

Oltre queste ricerche sul sistema nervoso della vita vegetativo, ho ricercato:

Periodo di apnea: 16''.

W. R.: negativa.

Sangue: gl. rossi 4.800.000; gl. bianchi 8400; Hb. 0,80; val. glob. 0,8; form. glob. normale.

Urine: negative.

Riassumendo, si tratta di due casi di eruzione bollosa perfettamente simmetrica comparsa sulla superficie dei talloni che subisce normalmente la pressione in chi giace supino a letto, in soggetti giovani, immuni da malattie ereditarie o acquisite, che avevano subìto una rachianestesia 4 giorni prima in un caso, 3 giorni prima nell'altro.

Il sistema nervoso della vita vegetativa ha presentato alcuni rilievi di un certo interesse e precisamente temperatura degli arti inferiori di alcuni decimi di grado più bassa di quella ascellare. Facile emotività e dermografismo rosso in entrambi i casi, ed una netta reazione simpaticotonica (tremore) dopo iniezione *sottocutanea* di un mmgr. di adrenalina.

Da notare anche la negatività delle prove del laccio e martello praticate agli arti inferiori.

La temperatura più bassa agli arti inferiori, la reazione vivace all'adrenalina, indicano uno stato di simpaticotonia che contrasta nettamente coll'eruzione bollosa ed emorragica che si deve considerare — volendo rimanere nel campo della alterazione del sistema della vita vegetativa — una manifestazione vaso paralitica.

Questa contradizione fa già pensare di per sè che non si può spiegare il meccanismo di produzione delle bolle col semplicismo a cui qualcuno vuol ridurre alcuni fenomeni della vita vegetativa parlando di un sistema vagale e uno simpatico come di due sistemi nettamente antagonisti l'uno all'altro.

Il fenomeno è certamente molto più complesso di quello che può apparire e la sua patogenesi rimane ancora, credo, un po' oscura. Invocare qui i fenomeni riflessi a distanza ed i fenomeni di un'eventuale anafilassi sarebbe avanzare ipotesi senza che queste trovino conferme indiscutibili.

CONCLUSIONE.

Mi sembra perciò di potere formulare l'ipotesi di una speciale influenza della rachianestesia sul sistema nervoso, proiettatasi sulla cute, in rapporto a speciale reattività del soggetto. Entrerebbe cioè in giuoco la sensibilità individuale che si riallaccia strettamente alla questione del neurotropismo. Molti autori, tra cui Bier, Bracht, Mayer, Von Brunn, Sicard, ecc. hanno insistito sull'importanza della sensibilità individuale nella patogenesi degli accidenti da rachianestesia, sensibilità molto variabile da un soggetto all'altro di fronte allo stesso anestetico, variabile anche secondo i prodotti usati. Si spiega così anche in gran parte l'ineguaglianza di reazione di fronte a una dose determinata di un dato prodotto e la grande variabilità di intensità e di gravità dei disturbi. Di Pace ammette l'esistenza di una idiosincrasia di fronte all'anestetico iniettato.

Bier da gran tempo ha segnalato la frequenza di cefalee post-anestetiche persistenti negli emicranici abituali e raccomanda di non praticar loro la rachianestesia. Sellheim aggiunge tutti i nervosi in genere.

Qui si tratterà più di una predisposizione speciale alla reazione meningea ed alla cefalea che d'una sensibilità individuale di fronte agli anestetici iniettati. Del resto sembra incontestabile che si abbia da considerare, nella patogenesi degli accidenti primitivi e secondarii della rachianestesia, una parte dovuta alla sensibilità degli individui e fare intervenire questa come complemento delle varie teorie (tossica, circolatoria, ecc.) con cui si cerca di spiegare gli accidenti stessi.

RIASSUNTO.

Illustrazione di due casi clinici di eruzione bollosa simmetrica ai talloni consecutiva a rachianestesia, la cui causa, secondo l'A., andrebbe ricercata nella reattività speciale dei soggetti.

BIBLIOGRAFIA.

FORGUE e BASSET. *La rachianesthésie; sa valeur et sa place actuelle dans la pratique.* Masson et C.ie, éditeurs.

ARCE J. *Accidentes conecutivos a la raquianestesia con novocaina.* Bol. y trab. de la Soc. de cirurg., Buenos Aires, 1923, t. VII, 149-154.

H. BOUQUET. *Sulla fisiologia della rachianestesia.* Le Monde Médical, febbr. 1929.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. *Le reazioni simpatiche ed endocrine nei psiconevrosici.* Ibid., ott. 1928.

P. L. BOSELLINI. *La dermatologia nei suoi rapporti con la medicina interna.* Soc. Ed. Libraria, Milano, 1921.

SUNTI E RASSEGNE.

EPIDEMIOLOGIA.

Tipi epidemici delle febbri malariche.

Dopo le mirabili scoperte della fine del secolo scorso, lo studio del problema malarico ha subìto una lunga sosta ed è stato ripreso, si può dire, soltanto dopo la guerra, sentendosi il bisogno di serrarlo più da presso, non soltanto per meglio comprenderlo nella sua integrità, ma anche per scopi pratici. Ed è certamente un grande merito della « Stazione sperimentale per la lotta antimalarica », diretta come è noto dal prof. A. Missiroli, l'aver dato un impulso fecondo alle ricerche, le quali, pur attenendosi ad un indirizzo pratico, investono in pieno il problema, con un lavoro intenso e tenace, ed aggiungono, di volta in volta, nuove pietre all'edificio.

Un pregevole studio dello stesso Missiroli, che sarà pubblicato dalla *Rivista di Malariologia*, 1932, fasc. 1, e che la redazione del periodico ci ha voluto cortesemente comunicare in bozze, a motivo dello speciale interesse, chiarisce diversi punti, specialmente epidemiologici, fin qui oscuri, riassumendo vasti e scrupolosi lavori preparatorii, che comprendono, fra l'altro, la cattura e la numerazione degli anofeli e la determinazione degli indici parassitario e splenico di *tutti* gli abitanti di un paese (Posada in Sardegna), fatta al principio di ogni trimestre. Un tale studio integrale permette non solo di comprendere meglio i fatti, ma di chiarire altresì le con-

traddizioni occorse nei rilievi degli autori precedenti. Uno dei criterii più utili è stato quello di dividere la popolazione in gruppi di età, il che ha portato, fra l'altro, a dimostrare la immunizzazione che si ottiene specialmente contro i parassiti della terzana benigna.

Un primo gruppo di ricerche conferma, anzitutto, i dati di alcuni precedenti osservatori, secondo cui i gametociti dell'estivo-autunnale sono presenti nel sangue periferico dei recidivi, durante la stagione preepidemica, in quantità bastevole per dare luogo all'epidemia successiva.

I risultati negativi ottenuti da altri autori debbono attribuirsi a due ordini di fatti: la scarsa intensità dell'endemia e l'età degli individui. Soprattutto importante è l'osservazione che, nella stagione preepidemica (aprile-giugno), non si è mai trovato un portatore di semilune al disopra dei 12 anni di età. I *bambini costituiscono*, quindi, *i serbatoi del virus*.

L'inizio dell'epidemia dell'estivo-autunnale appare, pertanto, legato ai due fattori della permanenza dei portatori di semilune nella pausa preepidemica e della densità anofelica.

Evidentemente, poi, l'epidemia si presenterà con caratteri diversi, a seconda che si trovino abbondanti o scarsi portatori, raggiungendo l'acme durante il mese di luglio, nel primo caso; durante l'agosto, nel secondo. Con la riduzione del numero degli anofeli, si verrà riducendo, fino a scomparire — nelle zone temperate — la febbre estivo-autunnale, mentre la terzana benigna può aversi anche dove si trovano pochi anofeli, a causa del notevole numero dei portatori di gametociti durante la stagione primaverile.

Interessanti sono le osservazioni che portano a confermare lo stabilirsi dell'*immunità*, fatto che da alcuni non era ammesso. Lo studio del manifestarsi delle diverse forme, in una zona subtropicale, dimostra che la terzana benigna è una malattia della prima infanzia; diventa rara nel gruppo fra i 12 ed i 19 anni ed ancor più rara ad età superiore, segno questo dello stabilirsi di un'immunità abbastanza decisa, che appare invece meno stabile e marcata per la febbre estivo-autunnale, in cui, pure avendosi prevalenza nel gruppo sotto i 12 anni, si ha una discreta percentuale anche negli altri due gruppi superiori, entrambi colpiti in misura quasi uguale.

Il diverso grado di immunità delle due infezioni, manifesta la sua influenza nella curva epidemica della stagione estiva, in cui gli anofeli inoculano contemporaneamente i due plasmodidi, il *vivax* ed il *falciparum*, con evidente prevalenza di quest'ultimo durante l'estate.

Riguardo al *tipo epidemico della terzana benigna*. l'innalzamento della curva estiva di questa forma sta evidentemente in rapporto con il precedente aumento nel numero degli anofeli; sono di più difficile interpetrazione, invece, le elevazioni primaverili, di cui, nel paese studiato dall'A., se ne osservano una in marzo e una in maggio, entrambe precedenti l'aumento nel numero degli anofeli.

Diverse sono state le ipotesi emesse per spiegare tale elevazione. Ora, lo studio accurato del ciclo della terzana benigna, dimostra che essa ha tendenza a recidivare in due periodi determinati, cioè entro le prime otto settimane e dopo 24 settimane. Sono, pertanto, da escludersi l'influenza di particolari condizioni climatiche o locali, la trasmissione per mezzo di anofeli ibernanti (nessun caso di malaria fra i bambini nati nella stagione preepidemica) e lo sviluppo delle febbri dopo un periodo di latenza. L'acme primaverile è invece da attribuirsi alla peculiarità della terzana di recidivare entro le 24 settimane, fatto che si osserva quasi costantemente nei bambini sotto i 12 anni, *nonostante le lunghe cure di chinina, protratte per almeno 60 giorni*. Non si osservarono invece recidive negli adulti sopra i 19 anni, il che sta a dimostrare che la guarigione della terzana benigna è piuttosto conseguenza dell'immunità che del trattamento curativo.

Il *diverso prevalere stagionale delle due forme* è poi determinato da due ordini di fatti. La terzana benigna prevale in giugno-luglio per la maggior quantità di portatori di gametociti che si riscontrano nella stagione preepidemica, mentre l'estivo-autunnale prevale in luglio-agosto, favorita dalla recettività di più vasti gruppi di popolazione (immunità meno solida).

La larga messe di fatti raccolti ed elaborati dall'A., in confronto con quelli accertati in altre località, è utilizzabile per la risoluzione anche di altri problemi. Così, se si si indaga la distribuzione dei gametociti (di entrambe le forme) nei varii gruppi di età, si nota che nelle zone in cui la trasmissione della malaria è intensa (forte numero di anofeli) i gametociti sono prevalentemente diffusi fra i bambini fino ai 12 anni; mentre se la trasmissione è scarsa, essi sono ugualmente diffusi nei varii gruppi di età, perchè non si è potuta stabilire l'immunità, la quale è allora dovuta alle ripetute infezioni e non all'età; chè, anzi, i vecchi sono più recettivi alla malaria (resistenza al trattamento nelle forme *primitive* dell'estivo-autunnale).

Anche il rilevamento degli indici parassitario e splenico porta a deduzioni importanti. Le variazioni stagionali del primo indicano che, mentre la chinina tronca rapidamente l'accesso febbrile e fa scomparire dal circolo i parassiti, questi ritornano e le recidive ricompaiono — col ritmo a cui si è accennato — nella primavera successiva.

Tenuto poi conto delle variazioni dell'indice parassitario e del suo notevole abbassarsi

dopo il periodo epidemico nei paesi che dispongono di sufficiente quantità di chinina, la sua determinazione andrà fatta durante il periodo dal gennaio all'aprile.

Per quanto riguarda l'indice splenico, è da rilevarsi che esso non presenta variazioni stagionali negli individui sopra i 5 anni di età, mentre in quelli al disotto di tale età, si ha un modico aumento, corrispondente alla ricorrenza primaverile, ed una diminuzione conseguente al trattamento curativo.

Il rilevamento dei detti indici in epoche diverse potrà quindi fornire risultati diversi e non dare un'idea adeguata dell'intensità della malaria.

Come si vede, i fatti raccolti e le deduzioni che ne scaturiscono presentano un grande interesse per la soluzione integrale del problema malarico, colmando diverse lacune, eliminando le contraddizioni e fornendo, così, importanti dati per la lotta contro la malaria.

A. FILIPPINI.

ADDOME.

Sofferenze addominali.

(A. E. RUSSELL. *Lancet*, 26 dicembre 1931).

In relazione alla notevole varietà di organi contenuti nell'addome ed alle varietà delle affezioni che possono colpirli, le sensazioni prodotte dalle lesioni o dai disturbi funzionali degli organi stessi sono molto differenti.

La maggior parte delle malattie addominali sono dolorose, ma alcune di esse, anche gravissime, possono decorrere senza alcun dolore. Ad esempio l'ascite anche di grado estremo può essere indolente e provocare solo senso di malessere che viene indicato come senso di tensione. Tuttavia se il versamento di liquido è rapido si ha dolore, che è particolarmente intenso quando coesiste un'infiammazione acuta del peritoneo. La peritonite tubercolare nella sua forma acuta o nella sua varietà suppurativa localizzata può essere accompagnata da dolori intensi, ma talvolta è indolente e viene constatata solo in seguito all'ingrossamento del ventre o all'esame medico.

Gli ingrossamenti degli organi addominali non sono necessariamente dolorosi. La splenomegalia di solito è indolente e nei suoi gradi estranei provoca solo un senso di peso o di pena indefinibile. Il dolore però si ha sempre quando sulla superficie della milza si producono zone di peritonite.

Analogamente gl'ingrossamenti del fegato non provocano che un senso di peso. Il dolore si ha quando l'ingrossamento avviene rapidamente, forse in rapporto al rapido distendimento della capsula.

Anche i tumori endoaddominali possono provocare scarso o nessun dolore, e si son visti cancri del fegato e dello stomaco decorrere indolenti fino alla morte.

La teoria secondo la quale lo stomaco e l'intestino sarebbero insensibili al calore, alle punture ed al taglio ha subìto qualche modificazione. Recenti osservazioni farebbero ritenere che essi sarebbero insensibili solo quando sono esposti all'aria.

D'altra parte la insensibilità di fronte agli stimoli suddetti non prova l'insensibilità assoluta del tubo digerente. Questo avrebbe una sensibilità dolorifica specifica per alcuni stimoli diversi da quelli che producono la dolorabilità cutanea. Sembra in effetti dimostrato che lo stimolo adeguato per suscitare il dolore degli organi cavi sia costituito dalla distensione della loro tunica muscolare.

Hurst trovò che il tubo digerente è insensibile agli stimoli tattili dall'inizio dell'esofago fino alla giuntura del retto con l'ano. Solo l'esofago è l'ano hanno sensibilità termica. È interessante il fatto che le sensazioni di caldo e di freddo prodotte dall'ingestione di liquidi caldi o freddi sono trasmessi dalla parte bassa dell'esofago e sono invece localizzati allo stomaco, che è insensibile agli stimoli termici.

L'acido cloridrico diluito (0.4-0.5 %) introdotto nello stomaco normale non produce alcuna sensazione nei sani, ma negli individui affetti da ulcera gastrica provoca dopo qualche minuto dolore probabilmente irritando la superficie dell'ulcera e determinando così per riflesso un aumento dell'attività muscolare. Ciò prova l'importanza dell'acido nel determinismo del dolore nell'ulcera gastrica e la benefica efficacia degli alcalini.

Il dolore dell'ulcera duodenale che si ha qualche ora dopo i pasti quando il contenuto gastrico si svuota, è attribuito da Hurst all'aumento del tono muscolare che si ha appunto quando il contenuto gastrico diminuisce.

La comparsa di sintomi simulanti l'ulcera duodenale in casi di appendicite e di colecistite si spiega con il fatto che di solito in queste affezioni c'è ipercloridria, o con stimoli che partendo dall'appendice o dalla cistifellea provocano uno spasmo gastrico riflesso.

Hurst rilevò che si ha un senso di distensione e di pienezza insufflando aria dallo stomaco fino a raggiungere la pressione di 12-14 mm. Hg. Ma dopo una ventina di secondi questa pressione cade e con essa scompare il senso di pienezza verisimilmente in rapporto al rilasciamento del tono della tunica muscolare.

Insufflando di nuovo aria si ha la ricomparsa del senso di pienezza, che riscompare subito.

Così si spiega il sollievo determinato dall'eruttazione ed anche la scomparsa del senso di pienezza che si ha spontaneamente anche

senza emissione di aria per un adattamento del tono muscolare.

La capacità dello stomaco è molto variabile: si può ingerire una gran quantità di cibo senza provare alcun senso di pena, e viceversa piccole quantità di cibo possono dare grandi sofferenze.

Nelle affezioni maligne dello stomaco si possono avere in seguito all'ingestione di poco cibo forti dolori in rapporto all'incapacità di rilasciamento da parte dello stomaco infiltrato.

La distensione dello stomaco da gas, prodotti dalla fermentazione e dal rigurgito alcalino del duodeno può essere causa di sofferenze addominali che possono essere alleviate solo dalle eruttazioni.

L'intestino è costantemente ripieno di gas. Questo ha una triplice funzione: dare un sostegno elastico alla delicata compagine addominale, distendere l'intestino e quindi aumentare la superficie assorbente, ed infine dare alla parete intestinale una costante distensione che eccita il tono della sua tunica muscolare.

L'aumento del contenuto gassoso nell'intestino produce un senso di malessere e di pienezza. La sua diminuzione provoca disordini della funzione intestinale e sensazioni dolorose anche intense come quelle dell'occlusione intestinale.

Un'altra sorgente di sofferenze addominali è la visceroptosi: l'alterata posizione del tubo digerente con distensione del mesentere e dei legamenti dà ragione delle sensazioni moleste.

La localizzazione della sensazione dolorosa aiuta molto per l'accertamento della sede della malattia. Tuttavia accade che il dolore è avvertito in una regione molto lontana dell'organo malato. Così il dolore di origine renale può essere avvertito agli inguini, quello appendicolare all'ombelico nella fase iniziale della malattia.

Ma il dolore epatico e splenico è localizzato nei rispettivi ipocondrî e quello pancreatico all'epigastrio.

Il dolore del colon ascendente e discendente è perfettamente localizzato nella corrispondente regione, quello del colon trasverso un po' più in basso della sua effettiva posizione.

Ma oltre quelli locali le affezioni degli organi addominali possono dare dolori riferiti in regioni lontane. Nell'ascesso epatico, nell'ulcera perforata, nell'ascesso subfrenico, nella colecistite, nell'infarto splenico, nella pancreatite, ecc. si ha dolore alla spalla destra o sinistra a seconda della porzione del diaframma che compartecipa al processo.

L'irritazione della parte anteriore del diaframma provoca dolore nelle corrispondenti regioni clavicolari o sopraclavicolari. L'irritazione della parte posteriore provoca dolore nella fossa sopraspinosa dello stesso lato; l'irritazione delle volte provoca dolore nella corrispondente regione acromiale; e finalmente il dolore di ambo le spalle indica un'irritazione nel mezzo del diaframma.

Talvolta questi dolori riferiti sono presenti anche quando mancano i dolori diretti e altri sintomi e costituiscono la prima spia della malattia.

Viceversa vi sono dolori e sofferenze ventrali che sono in relazione a malattie extraddominali: come i dolori addominali che possono aversi nella pulmonite e nelle cardiopatie, e le crisi gastriche della tabe. DR.

Considerazioni sulla diagnosi, eziologia, patogenesi e trattamento delle pancreatiti acute.

(V. JOURDAIN e J. GOVAERTS. *Le Scalpel*, n. 1, 1932).

La diagnosi di pancreatite presenta sempre delle gravi difficoltà e spesso non si fa che al tavolo operatorio o all'autopsia. Per es. su 320 casi di pancreatiti acute (Brocq) la diagnosi esatta fu fatta solo 20 volte.

Non sempre infatti nelle pancr. ac. si trova il cosidetto « dramma pancreatico » di Dieulafoy con facies peritonealis, polso piccolo, filiforme, cianosi, raffreddamento delle estremità e stato gravissimo del paziente. La difficoltà diagnostica si fa ancor più grave per le forme subacute ed a ripetizione.

Gli AA. riportano tre casi, in uno solo la diagnosi di pancreatite fu sospettata, negli altri due fu fatta al tavolo operatorio e controllata alla necroscopia.

Jourdain e Govaerts fanno notare che tale affezione si sviluppa quasi costantemente in soggetti obesi, grandi mangiatori, con abitudini sedentarie e spesso con insufficienza epatica e frequentemente si hanno pure precedenti di coliche biliari.

Fra i dati soggettivi è di capitale importanza il dolore che insorge acutamente, allo epigastrio od alla regione precordiale, fortissimo fin da principio e continuo (carattere questo che lo differenzia dal dolore dell'occlusione) e resistente anche agli anestetici (morfina). Può irradiarsi alla spalla sinistra, all'angolo costovertebrale sin., ma più spesso alla regione lombare. Si accompagna a vomiti spesso biliari, ma non fecaloidi (altro carattere differenziale). La chiusura dell'alvo alle feci ed ai gas è relativa e progressiva, dovuta alla paresi intestinale, qualche volta cede ai clisteri ed alla pituitrina (altro carattere differenziale con l'ileo). Alle volte si può avere diarrea biliare, come in uno dei casi riportati, anzi nelle pancreatiti suppurate sarebbe più frequente la diarrea che la stipsi. Rapidamente lo stato generale del malato decade e si ha cianosi, abbattimento profondo, dispnea, anzietà, sintomi che così rapidi,

specie nelle forme acute, difficilmente si hanno in altre sindromi addominali, eccetto che nella trombosi mesenterica. La temperatura in genere non è molto elevata, salvo complicazioni suppurative o gangrenose; variabile pure è l'andamento del polso, che può essere sia accelerato che rallentato.

Nelle pancreatiti emorragiche i segni obbiettivi sono generalmente poco evidenti: il guazzamento epigastrico quando esiste ha valore diagnostico. All'epigastrio manca una netta difesa muscolare ma c'è un senso di tensione dolorosa, non c'è diminuzione dell'ottusità epatica. La palpazione all'epigastrio ed agli ipocondri è molto dolorosa, mentre indolente è la regione sottombelicale. Non costanti sono le placche cianotiche sulla parete addominale e sugli arti, (s. di Halstead) che secondo alcuni sarebbero un dato patognomonico di affezione pancreatica, come lo sarebbe il segno di Mayo-Robson (dolore molto netto alla palpazione dell'angolo costovertebrale sinistro). Gli AA. tedeschi danno importanza alla colorazione giallastra del palato; l'ittero che esisterebbe nel 50 % dei casi, secondo altri ha poca importanza. Per la diagnosi differenziale; con l'occlusione intestinale ci si basa specie sulla continuità del dolore, l'immobilità del guazzamento, la relatività dell'arresto delle feci e gas e la precocità delle alterazioni dello stato generale, tardivi nell'occlusione.

Nell'ulcera perforata c'è notevole difesa della parete, « ventre di legno », antecedenti gastrici e stato generale relativamente buono.

Nell'appendicite acuta il dolore è a destra e c'è difesa addominale.

L'errore più comune si fa con la colica epatica e la colecistite acuta, anche perchè questi paz. hanno spesso precedenti di litiasi biliare.

Un quadro del tutto simile lo presenta la trombosi mesenterica, in questa però i dati obbiettivi sono presenti prevalentemente nella metà inferiore dell'addome. In pratica però è importante far diagnosi di affezione che abbisogna di trattamento chirurgico, è necessario porre l'indicazione dell'intervento. L'esame del sangue dà una frequente leucocitosi neutrofila, il siero è lattescente per la lipemia, che in un'affezione addominale acuta è caratteristica di lesione pancreatica. La glicosuria non c'è che raramente ed è passeggera.

Per la patogenesi si distinguono le forme catarrali, suppurate e gangrenose, e le forme emorragiche. Nelle prime che si hanno durante la difterite, il tifo, setticemie, orecchioni, gli agenti tossici od infettivi colpiscono per via sanguigna il pancreas come colpiscono vari altri organi.

Le forme suppurate possono essere secondarie, propagate sia direttamente da un'ulcera perforata nel pancreas, da un cancro ulcerato e suppurante, sia per via linfatica da una colecistite suppurata. Per via ematica durante una setticemia possono arrivare al pancreas emboli settici, per via canalicolare ascendente si può propagare l'infezione specie nelle angiocoliti. In tutte queste forme suppurate, si trova assieme al processo suppurativo la necrosi, l'autodigestione delle cellule pancreatiche, perchè la tripsina è attivata dalle chinasi microbiche o leucocitarie, ed emorragie, che si possono riversare nel peritoneo con conseguente citosteatonecrosi.

Ma i fenomeni di necrosi si trovano più gravi nelle pancreatiti emorragiche — forme essenzialmente asettiche — nelle quali la base è una attivazione della tripsina, attivazione che può venire per molteplici cause. Nella patogenesi delle pancreatiti emorragiche, molti AA. insistono sulla frequenza ed importanza della litiasi biliare — che costituirebbe, tramite il riflusso della bile attraverso il dotto di Wirsung, uno dei primi fattori eziologici — .

Il riflusso biliare avverrebbe sia per un calcolo arrestatosi nell'ampolla di Water, sia per uno spasmo dello sfintere di Oddi — spasmo possibile anche in via rilessa da una colelitiasi —. Altri pensano che i calcoli biliari agiscono sforzando e lasciando beante lo sfintere di Oddi, permettendo così la penetrazione del succo duodenale nel canale di Wirsung nel qual caso ha importanza come attivante l'enterochinasi intestinale. Ammettendo un reflusso biliare o intestinale, con la attuazione della tripsina pancreatica, si avrebbe la digestione e la necrosi cellulare, con digestione anche dei vasi, quindi emorragie e versamento del succo pancreatico nel cavo addominale, donde l'azione lipolitica della lipasi sulle cellule adipose e citosteatonecrosi. La lipasi pancreatica, decomponendo i grassi delle cellule adipose, forma acidi grassi, che unendosi ai sali di calcio, formano i saponi e questi costituiscono le tipiche chiazze di steatonecrosi.

Altri pensano che in questi soggetti, che spesso sono obesi, insufficienti epatici, grandi mangiatori, etilisti, qualche volta cirrotici, per una stasi portale, si producano, favorite da infezioni d'origine intestinale, delle trombosi venose nel pancreas e secondariamente emorragie, per cui le chinasi sanguigne, leucocitarie, attivano la tripsina, donde autodigestione, necrosi e steatonecrosi per azione della lipasi. Queste emorragie che avvengono in epatici, spesso cirrotici, sarebbero l'equivalente delle ematemesi, melene, delle rotture di varici esofagee o gastriche, delle emorragie emorroidarie che accadono spesso in questi malati sia per stasi portale che per la meiopragia vascolare degli epatici.

Il trattamento delle pancreatiti acute come

quello di altre affezioni addominali acute, ulceri perforate, gravidanze extrauterine, è unicamente chirurgico. Il successo è legato alla precocità della diagnosi ed alla rapidità e precisione dell'atto chirurgico, che consiste quasi sempre nel drenare la raccolta sanguigna ed i prodotti tossici di disintegrazione cellulare. CORELLI.

Sulle cisti retroperitoneali.

(KÖNIG. *Zent. f. Chir.*, 1931, n. 15).

Le cisti retroperitoneali sono abbastanza rare, nondimeno destano un certo interesse per la diagnosi e per il trattamento.

L'A. ne ricorda due casi. Una donna di 51 a. presentava nella metà superiore dell'addome una tumefazione della grandezza della testa di un bambino, dura, con superficie liscia, che variava coi movimenti respiratori, con il colon al davanti. Dall'uretere destro non veniva urina alla cistoscopia. L'A. intervenne, con diagnosi di tumore renale, nella loggia renale destra ed incisa la capsula adiposa rinvenne un tumore mobile che asportò facilmente senza perdita di sangue. La tumefazione era posta al davanti del rene destro, atrofico, senza prendervi contatto e comprimeva l'uretere.

L'altro caso riguardava una donna di 42 a. che presentava una tumefazione della metà sinistra dell'addome diagnosticata come tumore della milza per cui era stata sottoposta ad irradiazioni con scarso risultato.

L'A. intervenne con un taglio addominale trasversale dall'ombelico alla linea ascellare sin. e rinvenne un tumore retroperitoneale senza rapporti con la milza. Fu aperta la retrocavità, staccato il pancreas dalla superficie anteriore e così venne asportato il tumore lasciando nella cavità un tampone alla Mikulicz. L'ammalata guarì in circa 1 mese.

I due tumori erano entrambi cistici.

Le cisti retroperitoneali sierose o chilose possono essere uni o multiloculari. Oltre le cisti mesenteriche di origine diversa, oltre le dermoidi e i teratomi vi sono cisti di origine polmonare che hanno sede fra la colonna vertebrale e le surrenali.

Si possono ancora avere in questo luogo cisti del corpo di Wolff e cisti epiteliali provenienti dal bacinetto renale caratterizzate da contenuto con sostanze urinarie. Si hanno cisti con una parete interna caratteristica che provengono da un linfangioma.

All'esame microscopico di una delle cisti furono trovati nella parete resti di un lobo atrofico di pancreas per cui l'A. pensa che abbia avuto origine da tale organo.

La diagnosi non è facile specialmente negli individui grassi e possono venire ammessi oltre che cisti, sarcomi, neurinomi. Qualche anno addietro l'A. operò un caso di fibro-miosarcoma delle pagine del mesentere nel quale con la punzione potè escludere una cisti d'echinococco. Dai due casi si rileva la difficoltà di distinguere queste cisti nella localizzazione renale o pancreatica poichè come nel primo caso si possono avere alterazioni renali da compressione.

Risulta intanto che l'estirpazione di grosse cisti retroperitoneali è possibile. Occorre fare dei tagli molto ampi. È da discutere se è consigliabile il vuotamento della cisti come hanno fatto Stahnke e Stierlin, per diminuire il volume.

L'A. non lo consiglia per non far spandere il contenuto interno e perchè è più facile ledere gli organi circostanti. Nei primi giorni dopo l'operazione consiglia una compressione del ventre con sacchetti di sabbia per evitare oscillazioni della circolazione cardiaca.

R. BRANCATI.

ORGANI RESPIRATORI.

Il broncoscopio nella diagnosi delle malattie polmonari.

(A. J. SCOTT PINCHIN e H. V. MORLOCK. *Lancet*, 30 gennaio 1932).

Qualche volta la diagnosi di una malattia polmonare può rimanere oscura, specialmente nella sua posizione, anche dopo un accurato esame clinico e radiologico, ed allora l'esame diretto della lesione è assolutamente indispensabile. Il broncoscopio, sebbene inventato da Killian nel 1898 e poi modificato da Brüning nel 1908, è ancora pochissimo usato.

Gli AA. riferiscono i risultati di 450 broncoscopie. Essi esaminarono 25 malati sospetti di neoplasma polmonare, e in 21 la diagnosi fu confermata. Il cancro bronchiale è il tumore polmonare più frequente; la diagnosi col broncoscopio si fa anche a malattia non avanzata anche perchè colla broncoscopia si può prelevare un frammento di tessuto per biopsia. Colla broncoscopia si può anche riconoscere come di natura non neoplastica una lesione clinicamente presa per neoplastica o riconoscere per neoplastica (compressione bronchiale) una malattia diagnosticata come broncopolmonite. Inoltre col broncoscopio si può riconoscere la presenza di un ascesso che complica la compressione bronchiale da neoplasma.

Per quanto riguarda la suppurazione polmonare, essa si può diagnosticare clinicamente coi mezzi comuni di indagine, ma la diagnosi differenziale del tipo di suppurazione (ascesso polmonare, bronchiettasia, da corpo estraneo, ecc.) spesso si fa solo col broncoscopio, che può essere utile qualche volta anche a far porre diagnosi di tubercolosi (perchè si può prelevare direttamente in sito il materiale da esaminare).

Gli AA. insistono sull'importanza della broncoscopia come mezzo diagnostico e dicono che

essa, in mani esperte, non è pericolosa per il paziente, pel quale non è più fastidiosa della estrazione di un dente in anestesia locale.

Essi hanno costruito un broncoscopio che permette la visione degli orifici laterali dei bronchi e ottengono un'immagine ingrandita mediante un telescopio che ha anche la funzione di impedire che l'operatore possa infettarsi per la tosse del malato.

R. LUSENA.

La granulomatosi maligna pleuro-polmonare.

(FAVRE, CROIZOT e GUICHARD. *Le Jour. de Méd. de Lyon*, 20 dic. 1931).

Il termine di linfogranuloma maligno fu considerato improprio a designare la malattia di Sternberg i cui confini sorpassano il sistema linfatico, e pare più proprio denominare questa malattia granuloma o granulomatosi maligna. Tra le lesioni estraglandolari quelle pleuro-polmonari sono certo le più diffuse e furono citate fin dal 1912 dallo Ziegler.

La pleurite, o, in senso più lato, la partecipazione dell'apparato respiratorio è, se non costante, per lo meno abituale ad un momento dato della evoluzione da poter essere considerata un sintoma guida di buon valore diagnostico.

Terplan e Mittelbach suppongono perfino la esistenza di focolai di inoculazione respiratoria della malattia; ma finora mancano delle testimonianze anatomiche sicure.

Aspetto generale del nodulo granulomatoso polmonare: esso è identico a quello che si ha negli altri organi. Di volume vario, di contorno policiclico, essi sono jalini, di colore carne di pesce, con delle chiazze più cupe a limiti precisi. La consistenza è ineguale, dura in alcuni punti, rammollita in altri. Al taglio appaiono rilevati sulla superficie polmonare.

Differenti tipi di lesioni macroscopiche: come lesioni polmonari possiamo avere una infiltrazione mediastino-polmonare, una forma a nuclei disseminati, ed una forma massiva. Le manifestazioni pleuriche non sono più uniformi: possiamo avere delle reazioni pleuriche banali, ed in particolare delle aderenze senza caratteri speciali; oppure delle vere pachipleuriti, e talora delle vere corticopleuriti granulomatose. Chène e Lifchitz e Delarue hanno segnalato l'invasione diaframmatica in cui il muscolo appare infarcito di noduli.

I versamenti pleurici satelliti, sono uni o bilaterali, con versamento più o meno abbondante. Il liquido è citrino, limpido, anormalmente ricco di fibrina e di albumina (30-40 ‰). Talora, di rado è lattescente o anche siero-ematico. Può essere purulento per infezione associata.

L'esame citologico è indifferente, meraviglia la scarsezza degli eosinofili.

Le lesioni pleuriche possono complicarsi con invasione delle sierose vicine, ed è stata descritta una peritonite ed una pericardite siero fibrinosa.

Istologia del nodulo granulomatoso: il nodulo polmonare non differisce in genere da quello degli altri organi. Si trova uno stroma istiocitario che forma il fondo, che è smagliato delle produzioni più diverse che vanno dal linfocita alla cellula di Sternberg. I polinucleari, gli eosinofili di tipo vario, i fibroblasti compongono un insieme patognomonico ma sottomesso a delle fluttuazioni multiple. Ziegler asserisce che nel polmone i noduli granulomatosi sono forse un po' meno ricchi di eosinofili che nei gangli. In genere il nodulo appare centrato da un peduncolo vasculo-bronchiale.

Le modificazioni polmonari in vicinanza dei noduli: circa i *bronchi*, l'atmosfera peribronchiale pare particolarmente favorevole allo sviluppo del granuloma. I bronchi subiscono spesso una infiltrazione massiva, vera panbronchite granulomatosa (Favre). Talora si ha rottura dell'epitelio e vera invasione del canale bronchiale; altre volte si formano bronchiectasie.

Circa le *alterazioni vascolari* queste sono assai simili a quelle dei bronchi.

Le arterie sono relativamente risparmiate, esiste solo uno spesso manicotto perivascolare. Le vene sono invece più lese: si ha una vera endoflebite vegetante con proliferazioni a cavolfiore, nell'interno del lume, che portano a coagulazioni secondarie.

La linfangioite associata è la regola, anzi i linfatici servono di canali conduttori agli elementi di Sternberg.

Gli *alveoli* subiscono delle trasformazioni assai polimorfe: talora essi si riempiono in vicinanza del nodulo di un essudato liquido e catarrale; talora più compatto, fibrinoso; talora si hanno vere polmoniti iperplastiche vegetanti e fibrose.

L'*istogenesi e l'evoluzione* del nodulo sarebbero del massimo interesse, ma su queste abbiamo nozioni scarse e dubbie. Gli uni considerando la M. di Sternberg una affezione del sistema linfatico pensano che essa prenda origine dai gangli dell'ilo. Altri constatando l'abituale lesione anatomica del mediastino, e lo stesso Letulle, in base all'aspetto infartoide sottopleurica dei nodi propendono per una teoria metastatica.

Circa l'evoluzione del nodulo che chiarirebbe molti problemi, essa pure è di difficile interpretazione perchè gli stadi iniziali sono difficili, per non dire impossibili a cogliersi sia nel polmone come non meno nei gangli.

Il periodo premonitorio fugace e rapido fa ben presto luogo al periodo di stato, e lo scon-

volgimento istologico realizzato dal granuloma è allora tale che la ricostruzione delle fasi del processo diviene impresa vana.

Senza dubbio il virus sconosciuto dello M. di Sternberg è capace di generare una attiva ipergenesi epiteliale. Si può solo dire che non sembra che l'elemento alveolare intervenga direttamente ed in maniera attiva nella produzione del nodulo.

Presentansi nel granuloma respiratorio le stesse possibilità di distruzione che alcuni hanno voluto trovare tra i tipi anatomici generali di questa malattia: esistono cioè delle forme a tipo neoplastico e delle forme a tipo infiammatorio come modalità di differenti reazioni del parenchima respiratorio? In realtà non vi sono barriere tra queste due forme di granuloma, ma la tendenza evolutiva può predominare in una direzione od in un'altra.

Lesioni tubercolari associate: rappresentano un altro interessantissimo problema. Le osservazioni del combinarsi dei due fatti sono sempre più numerose, e già nel 1898 Paltauf e Sternberg le notarono. Macroscopicamente è talora possibile riconoscere vicine le due specie di lesioni: i nodi granulomatosi di consistenza più dura, a riflessi jalini risaltano sul parenchima polmonare; le alterazioni bacillari si presentano spesso sotto forma di vecchie lesioni fibrose. L'esame istologico darà dei dati più precisi: ora granuloma e t.b.c. esistono nettamente separati, ora nello stesso campo d'immersione si trovano intricate delle cellule tipiche di Sternberg e delle cellule giganti cariche di b. di Koch. Se questa mescolanza è intima e frequente, non è men vero che la fisionomia e lo sviluppo anatomico del nodulo granulomatoso si mantengono puri da qualsiasi lesione istologicamente tubercolare.

Il termine di *malattia frontiera* conviene quindi perfettamente al granuloma che assume secondo i casi ed i luoghi la maschera di un tumore connettivo maligno, o di una infiammazione cronica sclerogena e pseudo adenomatosa. L. TONELLI.

Le infezioni bronco-polmonari post-operatorie e la loro prevenzione con i lisati-vaccini.

(LAPOINTE, DUCHON, DARFENILLE e JONARD. *Presse Méd.*, 13 febbraio 1932).

Allo stato attuale delle nostre conoscenze, è difficile precisare la patogenesi delle infezioni bronco-polmonari post-operatorie. Alle varie cause invocate, gli AA. aggiungono un fattore di ordine generale, ammettendo che le proteine eterogenee liberate a livello dei tessuti contusi provochino nell'organismo degli anticorpi, mobilizzino e deviino il sistema di difesa, lasciando libero corso alle infezioni latenti ed in particolare alle infezioni del rinofaringe.

Gli AA. hanno lungamente sperimentato l'azione preventiva contro le complicanze bronco-polmonari post-operatorie dei lisati vaccini polimicrobici ed hanno precisato due condizioni essenziali per l'efficacia della prevenzione. La prima di queste condizioni si riferisce al tempo necessario perchè una solida difesa si stabilisca. Per realizzare la difesa è necessario sottomettere il malato ad una vaccinazione giornaliera durante otto giorni. La seconda condizione risulta dal fatto che le immunità provocate per gli streptococchi, i pneumococchi, ecc. sono delle immunità che scompaiono presto appena il richiamo dell'antigene non si fa più sentire. Bisogna dunque profittare del momento in cui l'immunità ha raggiunto il suo massimo, cioè operare nelle 48 ore che seguono l'ultima iniezione di vaccino.

Seguendo questo metodo in modo rigoroso gli AA. hanno sottoposto alla liso-vaccinoterapia preventiva 140 malati operati successivamente: 21 gastrectomia, 42 di gastro-enterostomia e gli altri di colecistectomia, isterectomia e interventi intestinali. In un solo caso si ebbe una bronco-polmonite post-operatoria da pneumobacillo di Friedländer, infezione contro la quale l'infermo non era stato immunizzato.

Inoltre nel servizio clinico del Prof. Lejars 80 malati sono stati sottoposti alla liso-vaccinoterapia curativa con buoni risultati.

Assai frequentemente il giorno appresso a quello dell'intervento si osserva una inflessione termica che talora si avvicina ai 39°, ma si tratta di un perturbamento effimero, accompagnato da un'espettorazione muco-purulenta che sembra testimoniare della reazione difensiva dell'organismo contro l'infezione che veglia.

L'osservazione dunque giustifica l'attività della vaccinoterapia preventiva con i lisati polimicrobici e ne conferma l'attività curativa. C. TOSCANO.

La tubercolosi dell'ilo polmonare nell'adulto.

(SAGONA. *Rivista di Patol. e Clin. della tbc.*, 1931, n. 9).

Dobbiamo anzitutto ricordare per sommi capi le opposte ipotesi sulla origine della tbc. Come è risaputo, per Assmann i primi sintomi della tbc. vanno ricercati nei giovani in focolai isolati di infiltrazione nella porzione laterale della fossa sottoclavicolare, molto più raramente in altre regioni del lobo superiore o medio: tali infiltrazioni « precoci » sono di grande importanza per la prognosi in quanto, curati a tempo, solitamente vengono a guarigione.

Per il Redeker le idee dell'Assmann sono da accettarsi in pieno: è da escludere che la prima manifestazione nell'età pubere sia localizzata all'apice.

Gli argomenti posti a base di questa teoria sono essenzialmente radiologici: 1) per la frequenza di reperti di infiltrati precoci con apici indenni, e lo sviluppo da questi della tisi polmonare; 2) il possibile sviluppo di piccoli focolai apicali da un infiltrato precoce, mentre questo si riassorbe e scompare; 3) la mancanza di casi dimostrativi per lo sviluppo di una tisi da un'apicite; 4) la frequenza di caverne nelle regioni sottoclaveari. Ed Alexander ritiene dimostrato che nella evoluzione della tbc. polmonare dell'adulto hanno maggiore importanza le forme centrali e sottoclaveari che non quelle classiche apicali. La diffusione del focolaio tbc. avverrebbe in due modi: o come violenta infiammazione perifocale di infiltrazioni primitive o secondarie con sede centrale o sottoclaveare, oppure come peribronchite tubercolare. Le due diverse forme di evoluzione dipendono dal diverso stato allergico dell'organismo colpito per cui diventa secondaria la distinzione in endogena ed esogena; alcune, se non tutte le forme apicali, sono la conseguenza ultima di un processo centrale o sottoclaveare a diffusione peribronchiale e perivasale.

L'infiltrato precoce, dal punto di vista anatomo-patologico, è scarsamente conosciuto (tre casi noti); si tratterebbe di un focolaio proliferativo essudativo con alone infiammatorio perifocale.

Gli AA. che sostengono ancora la teoria apicale adducono al riguardo vari motivi.

R. M.

Legatura della vena polmonare nella cura della tubercolosi polmonare.

(KERSCHNER. *Arch. Klin. Chir.*, vol. 167, pagina 141, 1931).

L'intervento è stato consigliato dal Tiegel, il quale in esperimenti eseguiti in animali constatò che la legatura della vena polmonare determinava una cirrosi del polmone corrispondente.

L'operazione è stata eseguita quattro volte con successo operatorio. La tecnica dell'intervento è la seguente: resezione temporanea della III costa dal margine dello sterno per 10 cm. Legatura della mammaria interna, scollamento delle aderenze fra superficie mediale del polmone e pericardio.

Si arriva così all'ilo polmonare e si riconoscono facilmente le vene del lobo superiore o medio, la vena principale del lobo inferiore è situata molto posteriormente e conviene limitarsi a legare i rami che si rendono manifesti. Dopo l'operazione, si osserva un aumento di temperatura e dell'escreato, non edemi.

L'intervento è stato praticato in casi in cui non si poteva eseguire il pneumotorace per aderenze pleuriche, nè la toracoplastica per l'esistenza di lesioni controlaterali.

P. VALDONI.

Risultati della strumectomia nella tracheomalacia.

(M. SGOLITZER. *Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.*, vol. 42, fasc. 1, 1930).

La tracheomalacia colpisce individui vecchi portatori di gozzo da molti anni, ma più di frequente giovani, anche dopo pochi anni dalla comparsa di un gozzo. La diagnosi tracheoscopica, che è basata sulla scomparsa del disegno ad anelli, su una lassità della mucosa, eventualmente su un certo flottare delle pareti, è possibile solo in casi avanzati. L'esame radiologico invece oltre agli spostamenti, torsioni e stenosi tracheali può mettere in evidenza anche un'incipiente diminuzione di resistenza dello scheletro cartilagineo della trachea, per mezzo delle variazioni che subisce il lume tracheale per aumenti o diminuzioni della pressione intratracheale.

Per aumentare la pressione si usa l'espirazione a vie respiratorie esterne chiuse, per diminuirla la inspirazione a vie esterne chiuse.

La conoscenza di una malacia, o anche di una diminuita resistenza delle cartilagini tracheali, che dovrebbe essere ricercata sistematicamente, ha importanza per l'indicazione operatoria, specialmente nei gozzi mediastinici, e per mettere in atto gli accorgimenti operatori atti a evitare l'asfissia da collasso tracheale quali i vari metodi di tracheopessi, o il lasciare una parte del gozzo intorno alla trachea per sostenerla, o l'operare con il tracheoscopio in posto.

L'A. ha controllato i risultati operatori in 26 casi di gozzi accompagnati da malacia (7 casi) o da semplice diminuita resistenza delle cartilagini tracheali (26 casi). Quantunque tra questi due stati ci siano dei gradi di passaggio l'A. parla di malacia quando l'aumento del lume della trachea coll'aumento della pressione intratracheale è almeno del doppio (in un caso l'aumento fu di 7 volte), e di diminuita resistenza della parete tracheale quando l'aumento del lume non arriva al doppio.

Nei 7 casi di tracheomalacia fu sempre ottenuto un ottimo risultato postoperatorio. Gli spostamenti della trachea e le stenosi per lo più gravi migliorarono rapidamente. Dopo 4 mesi il processo di restituzione era completo; solo in 4 casi persisteva un lieve stringimento del lume tracheale.

Tutti i pazienti non presentavano disturbi, sebbene la malacia rimanesse immutata anche dopo anni come si dimostrò con la ricerca

radiologica sotto diverse pressioni intratracheali. La restituzione della trachea alla posizione e al lume primitivo è favorita dalla retrazione cicatriziale dei tessuti molli nella sede operatoria; ma evidentemente non si può avere la restitutio anatomica della parete tracheale, cui il tessuto cicatriziale fornirà solo un sostegno. Il ripristino della posizione e del lume delle trachee malaciche è più facile che nelle trachee sane, in quanto quelle, rammollite, non offrono resistenza.

Diversamente si comportano i casi di semplice diminuzione di resistenza della parete tracheale. Il ripristino è qui più lungo. Gli spostamenti e le stenosi sono talora presenti almeno in parte dopo anni; in genere si ha dopo un anno solo un notevole miglioramento; invece in trachee normali dopo sei mesi la restitutio è completa. La causa di ciò si trova probabilmente nella perduta elasticità della parete tracheale. La diminuita resistenza della parete tracheale è riconoscibile con le ricerche radiologiche anche dopo anni dall'intervento, mentre i disturbi subiettivi scompaiono rapidamente dopo l'operazione. P. Stefanini.

CENNI BIBLIOGRAFICI

L. Condorelli. *Tecnica microchimica*, applicata alle ricerche biologiche e cliniche. Un vol. rilegato in-16° di pagg. 292, con 23 figg. Idelson ed. Napoli, 1931. Prezzo L. 25.

La microchimica è ormai diventata una necessità per le numerose ricerche non soltanto d'indole scientifica, ma anche di significato pratico; basti pensare, fra l'altro, alla determinazione della glicemia. I suoi metodi esigono in chi li esegue, oltre alla precisione ed all'accuratezza, un'esatta conoscenza della tecnica per non incorrere in gravi errori. A tale scopo, preziosi sono i consigli che qui ci dà il Prof. Condorelli, in questo suo libro frutto di una lunga esperienza.

Nella parte generale, dà indicazioni sulle misurazioni e pesate, sulla colorimetria, le soluzioni titolate, gli indicatori. In quella speciale, si occupa delle diverse ricerche sul sangue (pH, anioni, cationi, urea, acido urico, glicemia, ecc.), sui tessuti l'urina, la saliva, accennando da ultimo ai micrometodi per applicazioni farmacologiche e tossicologiche.

Chi ha pratica di questo genere di ricerche apprezzerà a dovere gli insegnamenti del Condorelli, a cui dobbiamo anche diversi metodi originali di ricerca. *fil.*

Jean Rousset. *Les dyskeratinisations épithéliomateuses*. Vol. in-8° di pagg. 600. Masson et C., ed., 1931. Fr. 60.

L'A. presenta ai dermatologi sotto questo titolo un volume ricco di 600 pagine, di 108 figure (tra le quali numerosissime illustrazioni al microscopio) e d'una estesa bibliografia.

Scopo: cercare attraverso una critica serrata e un'ordinata esposizione di portare maggior luce all'intricato argomento della patogenesi sopratutto di due, fra le tre malattie trattate: la malattia di Paget e la malattia di Bowen. Problema non certo facile dato che i mezzi per risolverlo si basano soltanto sull'osservazione clinica e sull'investigazione istologica, mancando ogni possibilità d'esperimento.

Perciò l'A. non ha omesso di esaminare attentamente le osservazioni raccolte nei precedenti lavori originali e le ha messe in raffronto con la sua casistica molto estesa e documentata che diffusamente espone nel volume.

E dalla base di questo materiale ha tentato un esame minuto delle diverse teorie che via via furono avanzate per prendere nettamente posizione in favore di quella che considera queste due malattie di natura epiteliomatosa, e molto vicine fra loro circa l'origine.

Per essere più precisi egli considera che siano dovute alla degenerazione neoplastica di quelle speciali cellule che Darier chiama « cellule discheratosiche », a punto di partenza probabilmente dalle ghiandole sebacee.

Per l'epitelioma pagedoide l'A. accetta l'opinione ormai corrente dell'origine basocellulare proposta da Darier.

Pur non potendo per ragioni di luogo e di spazio dire sulla bontà o meno di queste opinioni, debbo rilevare che il lavoro appare condotto con serietà e con cura, la discussione ampia, ricca d'argomenti ben trattati, la critica severa ed efficace.

Un altro pregio è di non aver trascurato il decorso successivo dei malati osservati, e di aver segnalato che in essi avvenne nella quasi totalità la guarigione mediante la roentgenterapia (col metodo di Coste, dice l'A.). È questa una nuova conferma che nelle discheratinizzazioni epiteliomatose raggi X e radium — se usati in tempo e correttamente — possono con facilità far evitare dolorose amputazioni o, anche, esiti infausti.

Gastone Meldolesi.

E. Donzelot. *L'infarctus du myocarde*. (*La Pratique médicale illustrée*). Vol. in-8° di pagg. 25. G. Doin, Paris, 1931. Frs. 8.

L'A. fa una trattazione breve, semplice e alquanto schematica dell'infarto del miocardio considerato dal punto di vista sia della sua etiologia e patogenesi, che della sintomatologia e diagnostica clinica.

Trattasi più che altro di una buona rivista sintetica sull'argomento in generale, quale è richiesta dal tipo particolare di edizione a carattere di collana medica di cui fa parte. Vi sono quindi poche annotazioni da fare: ma è assai bene che l'A. insista sulla relativa frequenza della forma, sulla variabilità dei qua-

dri clinici e sulla necessità di differenziarli dalla comune angina di petto e dal quadro comune della insufficienza cardiaca e infine sull'importanza che in questo campo va assegnata all'indagine elettrocardiografica.

CH.

J. RIEUX. *Paludisme et pseudo-paludisme*. Vol. in-8° di pagg. 50. G. Doin et C. Paris, 1932. Frs. 16.

L'A. in questo volume cerca di sviluppare nell'insieme la sua tesi personale, già esposta da molto tempo e attraverso numerose pubblicazioni, e cioè che la malaria è una malattia di durata molto meno lunga di quanto si pensa abitualmente. Nei malarici che soggiornano nei paesi con endemia palustre, la malaria, per reinfezioni successive, può assumere una vera cronicità, mentre, quelli che sono sottratti ad ogni nuova infezione con il loro ritorno in paesi salubri, la malattia non dura mai più di un anno e mezzo, dopo di che il parassita malarico scompare.

Le manifestazioni acute o croniche, che pertanto sopravvengono in questi vecchi malarici, non sono da imputare alla malaria, e per conseguenza meritano il nome di pseudo-malaria. L'opera è divisa in due parti: nella prima l'A. riassume l'infezione malarica vera nelle sue diverse forme e nella sua evoluzione; nella seconda espone le molteplici modalità cliniche, acute o croniche, che si riannodano comunemente alla malaria pregressa, ma che invece non le appartengono: pseudo-paludismo infettivo e pseudo-paludismo viscerale, che l'A. discute lungamente.

A. P.

Wiener Archiv f. innere Medizin. Vol. XXI, fasc. 3. (159 pag., con 22 fig. e 24 grafici). Id., Vol. XXII, fasc. I (160 pag. con 34 fig., 4 grafici ed una tav.). Urban e Schwarzenberg, Wien, 1931. Prezzo RM. 18 ciascuno.

Il primo fascicolo citato di questi noti « Archivi », diretti da W. Falta e K. F. Wenckebach, contiene diversi lavori sugli *ormoni genitali maschili* (SCHOELLER, GEHRKE, BENJAMIN, GRÜTER), uno di LOEBEL sull'*influenza del circolo periferico sull'iperglicemia alimentare*, di PURJESZ *sulla febbre nelle emorragie (specialmente da ulcera gastro-duodenale)*, di DEUTSCH e EMMERICH sulla *velocità di sedimentazione delle emazie negli esercizi sportivi*, di BIX e WECHSLER sull'*influenza del salirgan nella eliminazione dello zucchero*, ecc.

Nell'altro fascicolo, si trovano diversi lavori di cardiologia (BOLLER e GOEDEL: *Patologia e clinica dell'aneurisma coronarico*); PETROWYCH: *Rottura del cuore con sopravvivenza di 13 giorni* ed altri); *sul reumatismo articolare acuto* (DANIELOPOLU ed altri); un vasto studio di KOROVNIKOV sul *cretinismo endemico al Pamir* ed altri diversi.

fil.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Reale Accademia di Medicina di Torino.

Seduta del 12 febbraio 1932.

Presidente: prof. F. VANZETTI.

Dott. C. MANCA. — *Osservazioni anatomo-patologiche su di un caso di parotite epidemica con orchite acuta.*

Sui calcoli batterici del rene.

Dott. F. VOLANTE. — L'O. riferisce il reperto anatomo patologico di un caso di calcolosi batterica osservato in una donna di 30 anni, rilevandone la eccezionale rarità. Passa rapidamente in rivista le diverse ipotesi avanzate sulla natura e sulla patogenesi di queste singolari formazioni e mette, per il caso in esame, in particolare rilievo, l'attiva partecipazione dei germi (fu isolato il *Bacterium coli*) nella loro genesi.

Discussione: FERRIA.

Causalgia. Sindromi fisiopatiche e simpatiche guarite con iniezioni di alcool in corrispondenza del simpatico cervico dorsale.

Prof. DOGLIOTTI e ROASENDA. — I tre pp. in studio erano affetti da sindromi simpatiche ad uno degli arti superiori, i cui fenomeni dolorosi si irradiavano all'emitorace e fin anche all'arto inferiore dello stesso lato.

L'iniezione di alcool assoluto (cc. 1-1 1/2) fu fatta a livello del simpatico cervico-dorsale, ed il prof. Dogliotti descrive minutamente la tecnica seguita. Il risultato fu buono in tutti e tre i casi.

Discussione: LUGARO, LEVI, BOBBIO, ROASENDA, DOGLIOTTI, HERLITZKA.

Autoenucleazione di un occhio in un soggetto postencefalitico.

Dott. M. EMMA. — L'atto automutilante venne compiuto da un 29nne, sofferente per le sequele sopratutto psichiche di una encefalite epidemica. Questo p. si è in pochi istanti strappato con le dita il bulbo oculare sin.

La patogenesi dell'automutilazione va, in questo caso, individuata nel delirio di autoaccusa e di indegnità. Questo fattore va quindi considerato con gli altri già noti, capaci di dare origine ad atti automutilanti nei postencefalitici; impulsioni ossessive, perversioni istintive, episodi epilettoidi, stati onirici.

Colpisce anche la pronta riparazione della ferita congiuntivale, esito del trauma, guarita per primam, in relazione probabilmente a fattori immunitari od umorali, non ben noti, presenti in questi ammalati.

L'osservazione conferma una volta di più l'insufficienza dei mezzi repressivi e contentivi per prevenire tali manifestazioni; sola garanzia potrebbe essere data da una sorveglianza a vista, continua.

Seduta del 19 febbraio 1932.

Presidente: prof. F. VANZETTI.

L'ammoniogenesi nel diabete insipido.

Prof. C. CIPRIANI e dott. D. BORRA. — In due casi di diabete insipido l'ammoniogenesi e l'ammoniuria provocate con la dieta acidosica risul-

tano normali e la deficienza del potere di concentrazione appare dissociata da questa funzione interna del rene, come è dissociata dal potere di eliminazione dell'acqua e delle sostanze coloranti. In casi, sia pur rari, in cui si deva stabilire quanto in una poliuria vi sia di patogenesi ipofisi-infundibulare e quanto di patogenesi organica renale, oltre ai criteri della prova dell'acqua, dell'eliminazione delle sostanze coloranti, della reazione agli estratti ipofisari, gli OO. credono sia particolarmente utile la ricerca della ammoniogenesi col dosaggio dell'ammoniuria provocata con una dieta acidosica. L'associazione di diabete insipido e di sclerosi renale riscontrata in un terzo caso, fu ammessa appunto anche sulla guida di questo dato, che nei casi in questione corrispondeva al comportamento che si osserva nelle sclerosi renali.

Esiti di casi di epilessia trattati coll'asportazione del glomo carotideo.

Dott. RIZZATTI e ANDREOLI. — Dallo studio di otto casi di epilessia trattati con tale metodo chirurgico, risulta che si ebbero ottimi risultati sugli accessi convulsivi; i fatti psicosici dell'epilessia e il resto della sindrome epilettica e in particolare le assenze non ebbero dal trattamento beneficio alcuno. Ad ogni modo l'intervento così praticato influenza direttamente ed efficacemente la parte motoria della sindrome epilettica, ed è per questo motivo consigliabile.

Il dott. ANDREOLI aggiunge i particolari della tecnica operativa da lui adoperata.

Discussione: BOBBIO, ROASENDA, LEVI, HERLITZKA, TIRELLI, DONATI, MICHELI.

Sul comportamento della pressione arteriosa e del polso in seguito ad iniezioni endovenose di piccole dosi di adrenalina.

Dott. L. HERLITZKA. — L'adrenalina iniettata endovena in dosi di 0,01 mmgr. ha azione primitiva ipertensiva rapida, fugace e costante; ma alla fase di ipertensione segue in un secondo tempo una fase ipotensiva tardiva e prolungata in tutti i casi; meno che negli ipotesi; l'intensità della fase ipotensiva dipende direttamente dal tono arterioso iniziale; il polso non viene modificato nella sua frequenza.

Discussione: prof. MICHELI.

Il Segretario.

Reale Accademia Medica di Genova.

Seduta del 18 febbraio 1932.

Presiede il prof. N. PENDE.

Influenza del sistema nervoso vegetativo sulla mineralizzazione delle ossa di ratti sottoposti a rachitizzazione sperimentale.

Prof. GUASSARDO. — In base a dosaggi chimici ponderali eseguiti sulle ceneri dello scheletro di ratti contemporaneamente sottoposti alla rachitizzazione ed all'azione di determinate sostanze vegetativotrope, conclude che tanto la stimolazione del simpatico provocata con l'adrenalina, quanto la inibizione del vago provocata con l'atropina, non hanno migliorata la mineralizzazione calcica nè fosforica delle ossa, che risulterebbe invece beneficamente influenzata sia dalla stimolazione vagale che dall'inibizione del simpatico, rispettivamente ottenute: la prima con colina, la seconda con ergotamina. Questi risultati spiegano la benefica influenza dall'O. precedentemente constatata, sull'esordio ed evoluzione del rachitismo sperimentale. In base a queste constatazioni ed alle considerazioni che seguono, l'O. ritiene che il fattore costituzionale e quindi il sistema nervoso vegetativo, siano altrettanto importanti nella genesi del rachitismo, quanto le alterazioni delle proprietà fisico-chimiche cellulari prodotte dai ben noti molteplici momenti etiologici.

Riflessi duodeno-insulari ed appendico-insulari e correlazioni timoepatiche e timopancreatiche.

Prof. N. PENDE. — Si è posto il quesito se al pari della dimostrata esistenza di un riflesso duodeno-pancreatico esocrino non esista anche fisiologicamente un riflesso endocrino duodeno-insulare: riflesso che in condizioni morbose di irritazione duodenale si renderebbe manifesto con fenomeni di choc ipoglicemici e con i noti sintomi subiettivi iperinsulinemici.

Nelle prime esperienze eseguite sul cane irritando la mucosa duodenale con un cristallo di acido fenico puro introdotto per un foro praticato nell'ansa del bulbo. l'O. ha ottenuto costantemente in 4 animali un abbassamento della glicemia da 0,12 a 0,08. L'O. partendo sempre da considerazioni cliniche prospetta pure l'esistenza di un riflesso di iposecrezione insulare a punto di partenza appendicolare. Esperienze istituite con lo stesso metodo delle precedenti hanno dimostrato abbassamento di valori glicemici.

L'O. trattando nella seconda sua comunicazione delle correlazioni timo-epatiche e timo-pancreatiche espone un vasto piano di ricerche e di lavori per accertare e dimostrare le relazioni antagonistiche timo-insulari ed antagonistiche timo-epatiche. L'O. si ripromette di riferire su questo argomento in una delle prossime sedute.

Il laureando PIRISI comunica intorno a *Ricerche sulla terapia della ipertensione con estratti di ghiandole linfatiche.* Ha trattato 12 soggetti di origine luetica. Conclude che l'estratto di ghiandole linfatiche somministrato per via orale non arreca alcun giovamento sia per quanto riguarda i valori di pressione, sia per quanto si riferisce alla sintomatologia clinica ipertensiva.

Il Segretario: prof. dott. A. MUGGIA.

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 29 gennaio 1932.

Presidente: prof. A. FERRATA.

La schistosomiasi vescicale nel Fezzan.

Prof. E. ZAVATTARI. — L'O. durante una campagna di studio compiuta nel Fezzan durante l'estate del 1931, ha potuto rivelare per primo in base all'esame clinico di ammalati rispettivamente di Murzuk e di Sebba la frequenza della schistosomiasi in quella regione.

Contemporaneamente ha esplorato le acque ed ha raccolti *Bullinus contortus* nella Hofra e nello Sciati.

Di conseguenza egli ha dimostrato che nel Fezzan esiste, come egli aveva previsto, la schistosomiasi vescicale ed esistono condizioni ambientali favorevoli alla diffusione della malattia.

Con questo nuovo reperto viene dimostrata la presenza di detta forma morbosa in tutta quanta la Libia, e quindi sempre più si impone la necessità di una inchiesta accurata e completa sulla presenza, distribuzione e frequenza della schistosomiasi nelle singole zone di quella nostra colonia.

Maturazione dell'uovo e reazione di Aschheim-Zondek.

M. RUSCONI. — Le ricerche hanno avuto per scopo le modificazioni che le iniezioni di orina di donna gravida, praticate secondo le norme date per la reazione di Aschheim-Zondek, inducono nelle ovaie di topine bianche dai 5 ai 6 grammi di peso.

Dall'esame dei propri reperti l'O. conclude che non si tratta di una precoce ed artificiale maturazione dell'ovaio, ma bensì di un perturbamento che si manifesta essenzialmente con accentuazione della atresia follicolare, emorragie endofollicolari, fatti degenerativi delle cellule della granulosa ed anche dell'uovo, e, quel che più importa, alterazioni morfologiche delle mitosi dell'ovocita in rapporto ai fenomeni di maturazione.

Sul metodo di Loewenstein per la cultura del bacillo tubercolare dal sangue.

Dott. L. BIANCHI. — L'O., dopo aver riferito i risultati negativi di una prima serie di ricerche di controllo sulla presenza del bacillo tubercolare nel sangue circolante, dimostrabile con la cultura secondo la tecnica di Löwenstein, basandosi sopra un complesso di osservazioni e di dati, che ha potuto raccogliere frequentando il laboratorio del prof. Löwenstein a Vienna, espone alcune considerazioni in merito al metodo di ricerca seguito da questo autore ed ai risultati che egli ne ottiene.

Studi sul « lysozym ».

C. CALLERIO. — In una serie di ricerche sul « lysozym », il principio batteriolitico descritto per la prima volta da Flemming nel 1922, l'O. ne conferma l'attività e diffusione in natura e propone un nuovo accorgimento di tecnica per la messa in evidenza del fenomeno, consistente nel saggiare le diverse sostanze su una emulsione di « Micrococcus lysodeicticus » nell'agar nutritivo solidificato in piatto.

Su questo terreno all'agar con « Micrococcus lysodeicticus », l'O. ha coltivato una serie di specie batteriche ed ha constatato che tutte si sviluppano bene come sull'agar ordinario e che alcuni ceppi appartenenti al gruppo dell'enterococco provocano evidenti fenomeni di lisi, simili a quelli prodotti dall'albume d'uovo e dalle altre sostanze contenenti il « lysozym », che si manifestano colla comparsa di un alone di rischiaramento attorno alle colonie.

La puntura della milza nel granuloma maligno.

P. INTROZZI. — L'O., dopo aver messo in rilievo il valore che ha la puntura della milza per la diagnosi di alcune splenomegalie, e aver rilevato l'importanza che essa può avere per la diagnosi delle varietà splenomegaliche del granuloma maligno, senza interessamento del sistema ghiandolare periferico aggredibile con la biopsia, descrive minutamente il quadro istologico del succo splenico ottenuto mediante puntura in vivo, caratteristico della splenomegalia granulomatosa; la presenza in esso di elementi giganti mono- o polinucleati a nucleoli numerosi e assai evidenti, identificabili con le cellule giganti di Sternberg e la presenza di elementi a carattere istioide, identificabili colle cellule epitelioidi: rappresenta ancor più che l'eosinofilia, dei dati diagnostici di primo ordine nei casi specialmente in cui, per la mancanza di manifestazioni granulomatose periferiche aggredibili colla biopsia, la diagnosi della natura della splenomegalia si presenta oltremodo difficile ed incerta.

Il Segretario: P. INTROZZI.

Accademia Medico-Fisica Fiorentina.

Seduta del 21 gennaio 1932.

Presidente: Prof. JEDER CAPPELLI.

Una rivoluzione estetico-tecnica nel campo oftalmologico: i vetri aderenti corneali.

Prof. V. GUALDI. — Dopo brevi cenni storici descrive e presenta alcuni vetri corneali, che consistono in sottilissime capsulette di vetro che si applicano direttamente a contatto del globo oculare e che sono praticamente invisibili. Spiega la tecnica di applicazione ed espone i risultati assai lusinghieri ottenuti nelle applicazioni da lui praticate sistematicamente nella R. Clinica Oculistica di Firenze e per la prima volta in Italia. Dimostra come con questi speciali vetri possano venire corrette tutte le ametropie (miopia, ipermetropia e astigmatismo) con molti vantaggi rispetto alla correzione con occhiali, fra i quali un notevole aumento dell'acutezza visiva. L'astigmatismo corneale irregolare e il cheratocono vengono aboliti. Ne preconizza l'uso con successo in molte professioni e attività sociali in cui non si possono portare occhiali. Dopo aver accennato ad altri importanti impieghi scientifici e pratici dei vetri aderenti, passa all'applicazione in un soggetto miope. Numerose proiezioni completano la comunicazione.

Seduta del 28 gennaio 1932.

Vice-Presidente: Prof. MARIO ZALLA.

Assenza totale congenita del grande omento e complesse malformazioni del cuore in giovinetta di 16 anni.

Prof. A. COSTA. — In una giovinetta morta per meningite mancava il grembiule omentale e si aveva un enorme legamento gastro-colico che costituiva anche, totalmente, il mesocolon trasverso. Il colon trasverso subiva un'angolatura a vertice caudale con dilatazione a monte e ipotrofia a valle della stenosi.

Con questa malformazione sono confrontati i rapporti embriologici tra grande omento e mesocolon trasverso, diversi secondo le diverse teorie organo-genetiche. L'O. interpreta l'anomalia come un'agenesia della borsa omentale complicata da sviluppo eccessivo del mesocolon primitivo; la turba teratogenetica risale al limite tra II e III mese embrionale, dato che è confermato dalle particolari malformazioni cardiache.

Alcune considerazioni su di un caso di linfoangioma cistico del collo.

Dott. T. GRECO. — Si tratta di una donna operata per la prima volta ad 11 anni di un linfoangioma cistico a sede nella regione sopraclavicolare sinistra. A 17 anni è di nuovo operata: esistono due distinti linfoangiomi, uno in corrispondenza della vecchia sede, con aderenze ai

tessuti vicini, l'altro più anteriore e mediale, isolabile assai facilmente.

Questo caso — non frequente sia per la tardiva epoca di comparsa che per la sua ripetizione dopo circa 6 anni — dà modo all'O. di proporre una diversa valutazione delle ectasie linfatiche, analogamente a quanto è stato fatto per gli emangiomi. Propone, cioè, di raggruppare sotto il nome di « linfangectasie semplici » tutte le ectasie linfatiche riferibili ad un chiaro ostacolo meccanico, di qualsivoglia genere esso sia; di togliere i linfoangiomi dal numero dei veri blastomi, considerandoli invece come malformazioni congenite (amartomi di Albrecht), e conservando la distinzione scolastica di « semplice, cavernoso e cistico »; di considerare come blastomi solo quelle forme che ne hanno tutti i caratteri, come ad esempio il linfangioendotelioma.

Seduta del 18 febbraio 1932.

Presidente: Prof. Filippo Neri.

Pleurite siero-fibrinosa.

Prof. A. Terzani. — L'O. riferisce il caso di un uomo che iniziò una *pleurite siero-fibrinosa* nel febbraio 1931: furono praticate *cinque toracentesi;* in giugno veniva dimesso guarito. In novembre presentò un *ascesso freddo sottocutaneo del dorso* a livello della IX, X, XI costa non comunicante con l'interno. A distanza di due mesi comparvero i segni di *versamento pleurico omolaterale* avendo il liquido il carattere siero-purulento: il liquido apparve sterile alle culture: la sua formula istologica era a tipo polinucleare.

Questo caso è analogo a quelli descritti per primo da Taddei di Pisa e recentemente da Clementi.

Idronefrosi bilaterale.

Dott. A. Billi. — Viene riferito un caso di idronefrosi bilaterale osservato in una donna di 23 anni, sofferente di coliche febbrili a destra, e nella quale l'indagine clinica e la pielografia permisero la diagnosi di idronefrosi congenita probabilmente da vasi anomali.

Il reperto operatorio confermò la diagnosi emessa. La sezione del vaso e la nefropessi fecero cessare i fenomeni dolorosi.

Seguono alcune considerazioni sulla patogenesi e sulla terapia di tali forme patologiche.

Regolamento sul latte.

Dott. I. Gorrieri. — L'O., in relazione al recente Regolamento sul latte, approvato con R. D. 29 maggio 1929, volendo studiare un procedimento semplice e sufficientemente preciso per assicurarsi in ogni momento che il latte da consumarsi crudo è stato effettivamente raccolto e conservato al riparo da ogni contaminazione, ha eseguito, con il metodo elaborato da Neri (1928), una serie sistematica di ricerche presso una latteria modello, onde stabilire quale poteva essere, in tale latte, il colititolo iniziale tollerabile.

Le conclusioni a cui è giunto sono le seguenti:

1) Il b. coli non fa parte, come fu dimostrato in modo rigoroso da Neri e Simonetti, della microflora mammaria e la presenza di esso è sempre indizio di contaminazione.

2) Un latte munto, raccolto, imbottigliato con le dovute cautele di pulizia non contiene e non dovrà rivelare il b. coli in un cc.; per cui la ricerca del colibacillo (ben s'intende con tutte le altre garanzie richieste dal Regolamento ultimo sul latte) è un procedimento utilissimo e raccomandabile per la vigilanza di un latte da consumarsi crudo.

3) La ricerca del colibacillo può rappresentare inoltre un metodo semplice e sicuro anche per la vigilanza sulle vaccherie autorizzate alla produzione del latte sopra indicato.

Il Segretario: L. Picchi - P. Niccolini.

Società di Coltura Medica Novarese.

Seduta del 4 febbraio 1932.

Presidente: prof. Paolo Pietra.

Prof. D. Bocci. — *Commemorazione del socio on. dott. Luigi Giulietti.*

Prof. C. F. Bianchetti. — *Sulla occlusione intestinale da diverticolo di Meckel.*

Prof. P. A. Meineri — *Il concetto della secrezione delle ghiandole interne in Galeno.*

Il liquido cefalo-rachidiano nell'epilessia.

Dott. L. Cabitto e dott. P. Durando. — Gli OO. contrariamente ai reperti di Tillman e di Clivio, dagli esami praticati sul liquor di un numero cospicuo di epilettici (oltre 100) hanno potuto osservare che solo in un piccolo numero di casi (non oltre il 10 %), esistono segni di reazione infiammatoria per cui, pur volendo ammettere con Clivio che molto di frequente esistano alla base dell'epilessia dei processi meningei o meningoencefalitici, è da ritenersi che di essi residuino solo i fatti cicatriziali, indici di un processo irritativo arrestatosi nella sua evoluzione e spento e che manchino invece fatti infiammatori in atto data appunto la negatività del liquor nella maggior parte dei casi.

Dott. P. Durando. — *Ricerche comparative sui diversi metodi di dosaggio dell'albumina nel liquido cefalorachidiano.*

La crisi della climatoterapia nella tubercolosi.

Dott. prof. Capuani. — L'O. afferma che nella cura sanatoriale il fattore climatico ha una importanza affatto secondaria. L'importanza maggiore consiste nel fattore riposo assoluto che si può ottenere in qualsiasi clima.

Il polmone guarisce inquantochè col riposo assoluto respira di meno e respirando di meno riposa, realizzandosi così una specie di pneumotorace bilaterale fisiologico.

È questo un impensato sviluppo della concezione di Forlanini che vedeva nel riposo dell'attività polmonare la base curativa del pneumotorace.

Il Segretario: Luigi Ferrero.

Accademia Medico-Chirurgica del Piceno.

Seduta del 21 febbraio 1932.

Presidente: Prof. L. Cappelli.

Poliomielite anteriore acuta.

Dott. C. Monti Guarnieri. — L'O. dopo avere osservato che la poliomielite anteriore acuta tende a diffondersi sempre più, ha trattato anzitutto dell'eziologia, concludendo che l'agente della malattia è un « virus filtrabile » e che la via più comune di penetrazione è la naso-faringea. Il virus può essere portato impunemente nel cavo naso-faringeo per sei o sette mesi e poi essere trasmesso da individuo ad individuo.

Cita le epidemie più notevoli (p. es. quella del 1916 in America; quella del 1924 in Italia) e ricorda come l'età più colpita sia quella inferiore ai cinque anni, pur riscontrandosi qualche caso anche fra le persone adulte.

Dopo aver detto brevemente della sintomatologia, parla delle cure mediche che, praticate subito, all'inizio della malattia, possono portare grandi vantaggi: siero di convalescenti e siero di Pettit.

Chiude dettando le norme profilattiche più opportune, che sono già state prese in considerazione dal Governo Nazionale nel Decreto regolamentare in vigore.

Terapia fisica della poliomielite anteriore acuta.

Prof. A. MONTANARI. — L'O. illustra l'azione terapeutica e il modo di applicazione delle varie forme di terapia fisica. Afferma che all'elettroterapia spetta tuttora l'importanza capitale colle modificazioni apportate dagli studi moderni (onde galvaniche alternative a lungo periodo). Attribuisce grande importanza alla idroterapia calda locale, alla diatermia, al massaggio, alla ginnastica passiva ed attiva.

Riserva invece il suo giudizio sull'utilità della radio-terapia che non gli sembra ancora sufficientemente dimostrata.

Infine insiste con la massima energia sulla necessità della ospedalizzazione dei malati di poliomielite anteriore acuta, in reparti di pediatria annessi agli Ospedali dei capoluoghi di Provincia.

Le cure ortopediche-chirurgiche degli esiti della poliomielite anteriore acuta.

Dott. F. BARTOLI. — L'O. nota che le cure ortopediche e chirurgiche dei postumi e degli esiti della paralisi infantile devono essere indirizzate in primo tempo all'intento di evitare le deviazioni di ogni genere che potrebbero altrimenti insorgere sia per il disquilibrio del sistema muscolare, sia per altre condizioni distrofiche. Evitando le deviazioni scheletriche, si può ottenere una più facile rieducazione nei casi leggeri, e si può rendere più facile il compito postumo alla chirurgia ortopedica.

L'O. insiste sopratutto sulla massima attenzione da portarsi sull'eventuale inizio delle deformazioni del tronco e degli arti inferiori.

Fa voti per una maggiore cooperazione di ogni specializzazione medica : gli effetti di poter curare nel più completo modo e con risultati più che soddisfacenti, la paralisi infantile in ogni sua manifestazione patologica, con lo scopo precipuo di ottenere che dall'insieme armonico dei vari mezzi terapeutici venga allontanato dall'individuo, dalla famiglia e dalla nazione, il gravoso peso delle irriducibili deformazioni e storpiaggini.

Alla discussione sul tema di relazione, hanno partecipato il dott. MATTEUCCI, il dott. RUSSI, il prof. SETTE, il prof. TONNINI, il prof. MODENA, il dott. PASSAMONTI.

Il prof. CAPPELLI, a proposito del tema di relazione, ha ricordato gli studi del Codivilla sull'argomento.

Il prof. MONTANARI, ha poi presentato il seguente ordine del giorno, al quale si sono associati gli altri relatori:

« L'Accademia medico-chirurgica del Piceno, convinta dell'opportunità dell'ospedalizzazione dei malati di poliomielite anteriore acuta, opportunità riconosciuta anche dalla Direzione generale di sanità pubblica, fa voti affinchè gli Ospedali dei capoluoghi di provincia siano provveduti di un reparto pediatrico nel quale i piccoli degenti possano usufruire delle cure fisiche ed ortopediche che il servizio sanitario ospitaliero è in grado di eseguire, affinchè possano essere eliminate nel miglior modo le conseguenze di questa grave malattia ».

L'ordine del giorno MONTANARI è stato approvato dall'assemblea per acclamazione.

In fine di seduta si è stabilito di tenere la prossima seduta a Iesi, in epoca da destinare, con la trattazione del tema: « La terapia del diabete ».

P. il Segretario: Dott. G. SEVERINI.

Società di Scienze Mediche di Conegliano e Vittorio.

Seduta del 7 dicembre 1931.

Presiede il prof. DE GIRONCOLI.

A proposito della pleurite dell'apice (pleurite a cappuccio).

Prof. TRAMONTINI. — L'O. premesso che non intende alludere alle reazioni pleuriche che accompagnano le lesioni polmonari in evoluzione ancora attiva ma sibbene di quella pleurite che sembra riassumere in sè tutto il processo patologico e che ove sia sufficientemente estesa copre l'apice a guisa di casco (detta pleurite a cappuccio o sinfisi pleurica a cupola), si diffonde su dati semeiologici differenziali per distinguerla da processi cronici infiltrativi apicali discutendo su due segni desunti dagli autori e dalla sua lunga pratica.

E mentre si pronuncia favorevole ad ammettere il primo da lui più volte riscontrato (ineguaglianza pupillare) afferma nei casi da lui seguiti di non aver constatato il secondo (adenite sovraclaveare del Sergent) ed esorta i colleghi a volerlo in simili casi ricercare.

Prof. COLETTI. — *Intorno a tre interventi sul rene.*

Seduta del 27 gennaio 1932.

Presiede il prof. DE GIRONCOLI.

Le tubercolosi locali di fronte al quesito dell'immunità.

Prof. TRAMONTINI. — L'O. con dati propri e tratti dalla letteratura conferma come la legge di Marfan sia assai spesso giusta nel fatto che la guarigione di una tbc. locale conferisca l'immunità per la tbc. del polmone. Di più è pure sanzionata dalla pratica l'osservazione che le tbc. locali sono in genere delle forme attenuate caratterizzate dalla rarità di bacilli, dalla incostanza dei risultati di inoculazione e dal decorso estremamente lento della tbc. polmonare nel caso entrasse in scena. E forse perchè attenuate tali forme restano locali e perciò possono guarire conferendo con la loro guarigione l'immunità per le forme gravi. L'O. appoggia con criteri di patologia e di clinica tali vedute.

Dott. BOMBI. — *Contributo alla patologia ed alla cura delle lesioni dei menischi del ginocchio.*

Dott. GRAVA. — *Sopra due casi di obliterazione arteriosa in ammalati di polmonite.*

Il Segretario: Dott. P. FABRIS.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

L'osteomielite vertebrale.

Steindler riferisce su 15 casi di osteomielite vertebrale piogenica (*Arch. Franco-Belges de Chir.*, 1929-30, n. 8). Predilige l'età della crescenza, 10-15 anni, in cui compaiono i centri secondari d'ossificazione vertebrale; il sesso maschile nel 68 %; i corpi vertebrali 13 casi contro 2 delle lamine. L'agente è quasi sempre lo stafilococco aureo; è più frequente l'inizio acuto (10 casi). Tra le concause dà valore al trauma (4 casi). I segmenti più colpiti sono il dorsale ed il lombare. La sintomatologia si riassume nel seguente quadro: dolore, contrattura dei muscoli soprastanti, cifosi e formazione di ascesso che può estendersi in avanti nel mediastino o nella cavità retroperitoneale, in dietro verso la dura. Per la diagnosi giovano i sintomi locali di flogosi e la radiografia.

Trattamento ortopedico nelle forme ad andamento cronico, chirurgico nelle acute con formazione d'ascesso. L'ascesso retrofaringeo viene aperto per via faringea, il prevertebrale e mediastinico con la resezione dell'articolazione costo-vertebrale, quello dello psoas con la stessa incisione usata per l'allacciatura dell'iliaca primitiva, il presacrale con resezione totale o parziale del sacro, l'intrarachideo esige la laminectomia. I suoi risultati sono buoni: 9 guariti su 13 casi trattati; il decorso è andato dai 12 ai 30 mesi. R. GRASSO.

Lesioni dell'istmo delle lamine delle vertebre lombari.

Secondo Chandler (*Surg. Gyn. a. Obst.*, sett. 1931) la soluzione di continuo della porzione delle lamine delle vertebre chiamate « istmo » è una lesione frequente. La presenza di tale lesione può esser rilevata in parte da un esame clinico accurato e più dallo studio di buone radiografie.

La stabilità e la resistenza dell'articolazione lombo-sacrale è compromessa dalla presenza di tali soluzioni di continuo.

Così si può ritenere causa della alterazione così nota agli ostetrici col nome di spondilolistesi.

L'A. ne ha operato 18 casi di innesto osseo alla Albee o alla Hibbs, previa correzione della deformità, correzione facile per la maggior mobilità che di norma del segmento posteriore dell'arco vertebrale.

L'A. ne avrebbe avuto buoni risultati anche a distanza di tempo. V. GHIRON.

La malattia di Larsen Johansson (apofisite rotulea).

Come l'apofisite tibiale va sotto il nome di malattia d'Osgood-Schlatter, e l'epifisite femorale superiore di m. di Legg-Calvé-Perthes, e la scafoidite tarsica di m. di Köhler, così l'apofisite rotulea è stata chiamata in onore agli AA. che l'hanno per primi descritta: Larsen (1921), Johansson (1922).

Catalogata quindi tra le osteocondriti della crescenza, è caratterizzata, dai seguenti dati: rarità e specificità per l'età del massimo sviluppo (12-14 anni), decorso benigno, guarigione dietro immobilizzazione di qualche settimana, sintomatologia netta consistente in dolore alla parte inferiore della rotula ove si apprezza lieve gonfiore e dolore. Alla radiografia l'apice rotuleo si presenta rarefatto ed irregolare e circondato da piccoli depositi calcarei e spesso da un vero nucleo osseo accessorio separato dalla rotula da una stretta fessura. Tali segni radiografici dispaiono dopo la guarigione del processo.

C. P. Van Wes di Groningen ne presenta un caso negli *Arch. Franco-Belges de Chirurgie*, XXXII, n. 8, la cui radiografia mostrava un nucleo osseo accessorio, posto al di sotto dell'apice rotuleo, che ricordava la rotula bipartita a tipo orizzontale, vera anomalia congenita, che si osserva in adulti spesso sofferenti di una affezione nervosa delle membra inferiori.

In quanto all'etiologia non vi è accordo; alcuni invocano il traumatismo, altri il fattore infettivo, altri una distrofia ghiandolare.

Secondo l'A. l'apofisite rotulea e la tibiale, situate all'inserzione del più potente tendine, riconoscono una causa meccanica agente sui nuclei ossei in crescenza, in cui, per il rapido sviluppo, è diminuita la loro solidità.

R. GRASSO.

TERAPIA.

La somministrazione di alcali nella terapia salicilica.

N. Morris e S. Graham (*Arch. dis. in children*, ott. 1931) hanno trovato che la somministrazione di salicilato di sodio a dosi giornaliere di oltre 3 grammi e mezzo in bambini provoca la formazione di acidosi non gassosa che non è dovuta alla presenza dello jone di acido salicilico di per sè e che, in questi pazienti, vi è anche un disturbo della funzione renale. Tali sequele patologiche possono essere prevenute con la somministrazione di bicarbonato di sodio, ma il glucosio invce è inefficace sotto tale riguardo.

Un effetto del bicarbonato di sodio sarebbe quello di prevenire il disturbo renale e di permettere, così, la più rapida eliminazione del salicilato. Il fatto che il glucosio è inefficace dimostra che l'eccesso di somministrazione del salicilato non è necessariamente associato con un'incompleta ossidazione dei grassi.

Gli AA., pertanto, prescrivono abitualmente 90 cg. di salicilato di sodio ogni 4 ore (g.

5,40 nella giornata) con il doppio di bicarbonato di sodio. In qualche caso, la dose per ogni volta è stata elevata a g. 1,20 (g. 7,20 nelle 24 ore) ed anche in tali condizioni non si sono osservati sintomi di intolleranza. Soltanto si è osservato qualche volta il vomito, ma se gli intestini sono tenuti liberi, non si hanno inconvenienti.

In caso di idiosincrasia, è opportuno incominciare con dosi più basse, aumentandole gradatamente. *fil.*

Intossicazione acuta da clorato di potassio.

Nel riferire un caso di intossicazione in una bambina di 6 anni, R. Mathieu e Ch. Ribadeau-Dumas (*Soc. de pédiatrie de Paris*, marzo 1931) accennano ai caratteri generali di tale avvelenamento. Essi sono la profonda e subitanea anemia con distruzione massiva dei globuli rossi e forte ipertrofia della milza; la ritenzione ureica, che va di pari passo con emissione di cilindri, di cellule della pelvi e di una piccola quantità di albumina.

Il veleno si elimina rapidamente, tanto che, dopo 36 ore, nel caso degli AA., non lo si trovava più nelle urine.

La guarigione è abbastanza rapida; nel caso degli AA. si ebbe, spontanea, in tre settimane.

La diagnosi, oltre che quella generica di avvelenamento, si basa essenzialmente sulla anamnesi. *fil.*

Il tartrato di ergotamina nel prurito di origine epatica e renale.

Il trattamento del prurito nei casi di itterizia e di azotemia è quasi sempre inefficace. S. Lichtman (*Journ. Amer. med. Assoc.*, 14 nov. 1931) ha trovato molto utile in questi casi il tartrato di ergotamina che egli somministra a dosi di un mg., tre volte al giorno per alcuni giorni. I disturbi basici della malattia originale rimangono inalterati, ma è un fatto che il sintoma prurito scompare rapidamente in 4-6 giorni, per non ricomparire più.

Il prurito, in questi casi, sarebbe da attribuire ad aumentata irritabilità del sistema simpatico ed il medicamento agirebbe come depressore di tale sistema.

Il medicamento va somministrato soltanto fino a che il sintoma prurito cessa; il continuarlo potrebbe esporre all'ergotismo.

fil.

NOTE DI TECNICA.

Diagnosi precoce della pertosse col metodo della gocciolina.

D. Gardner e P. H. Leslie (*Lancet*, 2 gennaio 1932), ricordata l'importanza e la diffusione della pertosse, riassumono i più importanti dati che permettono di considerare quale agente specifico della forma il b. di Bordet e Gengou ora indicato col termine di *Haemophilus pertussis*, donde l'importanza di una precoce diagnosi batteriologica: al quale scopo consigliano il metodo di raccogliere il materiale da esaminare facendo direttamente tossire l'ammalato (solo quando è còlto da attacco spontaneo e non artificialmente provocandolo) per qualche secondo su alcune scatole di Petri contenenti un particolare terreno di cultura che in fondo è quello stesso indicato da Bordet e Gengou in parte modificato. Queste scatole (che possono anche essere di alluminio per evitarne la rottura, dovendo spesso essere spedite anche per posta) possono venir distribuite con le opportune istruzioni direttamente alle famiglie. I germi possono venire successivamente identificati per caratteri culturali, morfologici e immunitari: le reazioni di agglutinazione servono anche a differenziare l'H. pertussis dall'Haemophilus influenzae. Una tale diagnosi batteriologica è assai precoce e precede spesso la possibilità di una diagnosi clinica, onde gli AA. la consigliano sulla base di osservazioni proprie e di statistiche di altri autori. Possono infine essere preparati vaccini specifici di notevole utilità terapeutica. CH.

IGIENE.

Sopra un'epidemia ospitaliera di varicella connessa a zona.

P. J. Braslawsky (*Presse méd.*, 14 nov. 1931) descrive una epidemia di varicella, insorta in una sala ospitaliera, per la quale furono contagiati 7 bambini che giacevano in immediata vicinanza di un'altro ammalatosi di zona tipica.

Esposte le ragioni per le quali era da escludersi che il contagio fosse pervenuto dall'esterno, l'A. vede nel fatto una conferma alla dottrina di Bokay, secondo la quale esisterebbe in realtà un rapporto etiologico stretto tra zona e varicella.

Anche la zona dovrebbe dunque essere considerata di natura infettiva. M. FABERI.

Infezioni streptococciche originale del latte.

E. Wilkinson (*The British Medic. Journ.*, 12 settembre 1931) ha studiato il comportamento della scarlattina e dei mal di gola in rapporto all'origine da latte. Le epidemie da latte hanno queste caratteristiche: insorgono subitamente, sono in rapporto col consumo di una data qualità di latte soltanto, persistono finchè dura l'uso di questo latte, scompaiono quando questo latte non si usa più o è sterilizzato.

Due epidemie ha veduto l'A. Una prodotta da contagio diretto e una per via indiretta.

In un'epidemia di scarlattina, egli vide 66 persone che si erano ammalate in 10 giorni. Tutte consumavano il latte di una latteria; dopo 6 giorni dall'inizio dell'epidemia furono isolati due membri malati della famiglia del lattaio e dal 6° al 10° giorno il latte fu sempre bollito e non si ebbero altri malati.

I tamponi della gola dei malati (compresi

i figli del lattaio) diedero sviluppo a streptococchi emolitici del tipo scarlattina II.

L'altra epidemia riguardava un numero ingente (oltre 1000) di malati di gola da streptococchi. Si trovò del latte, fornito alle famiglie dei malati, contenente streptococchi. Cessato l'uso del latte infetto l'epidemia si arrestò. Anche questa volta alcuni uomini addetti alla latteria avevano mal di gola e per di più alcune vacche avevano mastite streptococcica. Un'epidemia vastissima da latte inquinato fu osservata a Chicago nel 1911-12 (circa 10.000 malati). R. LUSENA.

MEDICINA SCIENTIFICA

Ulteriori progressi nell'isolamento delle vitamine.

Dopo un lungo periodo in cui l'isolamento delle vitamine appariva una lontana possibilità, è venuto un altro periodo in cui i lavori sul loro isolamento sono frequentissimi. Recentemente fu scritto sull'isolamento di vitamine A, B, C e D.

Le ricerche di O. e A. Rygh sulla vitamina C non sono molto convincenti, perchè mentre essi dissero sul principio che la narcotina irradiata e uno dei suoi derivati impediva lo sviluppo dello scorbuto nelle cavie a dieta scorbutica, successivamente essi dissero che — con dosi più elevate di sostanza — non si riusciva ad impedire lo scorbuto, e certamente gli animali da essi trattati erano in cattive condizioni di salute e alcuni morirono.

In quanto alla vitamina B, Windaus e collaboratori dicono di aver isolato dal lievito una vitamina antineuritica in forma cristallina. Bourdillon e la sua scuola hanno isolato pure in forma cristallina la vitamina D e questa vitamina pare sia la stessa già isolata, col nome di Vitamina D_2 da Linsert e Windaus. Sembra anche che la vitamina D_1 di Windaus sia un composto di vitamina D_2 più sterolo X.

L'isolamento della vitamina A è stato annunziato da Karrer e collaboratori, e da Drummond, Heilbron e Norton; l'isolamento non è stato fatto dall'olio di fegato di merluzzo ma da olio di fegato di un altro pesce, l'*Hipoglossus hipoglossus*.

(*The Lancet*, 30 gennaio 1932).

R. LUSENA.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Istituto della Sanità Pubblica. — Al dott. F. Giardelli, Bruno di Spoleto:

L'Istituto della Sanità Pubblica verrà inaugurato il 28 ottobre 1933 ed entrerà subito in funzione. Le direttive dell'Istituto vennero già tracciate in questo periodico. Suo precipuo scopo sarà di preparare il personale per i servizi di sanità pubblica. Il programma di organizzazione e di lavoro non è ancora concretato nei particolari.

a. l.

VARIA

Il moltiplicarsi delle società mediche.

Anche in centri modesti si costituiscono delle società mediche; perfino in singoli ospedali il corpo medico si organizza in associazioni di cultura.

Tutto questo movimento è, certo, proficuo ed encomiabile, dacchè nelle riunioni a carattere scientifico e tecnico avvengono fecondi scambi d'idee e l'attenzione dei convenuti viene ad essere richiamata sui progressi ultimi della medicina e sui problemi d'attualità.

Le comunicazioni fatte in questi convegni, però, non sempre sono interessanti od istruttive. Per necessità di cose, di solito tutto si limita ad illustrare qualche caso clinico più o meno difficile od insueto, talvolta a qualche resoconto statistico-clinico. È raro che le comunicazioni assurgano a dignità di contributi veramente nuovi ed originali. Alle adunanze non partecipano che pochi volenterosi, non sempre preparati alla discussione, per modo che di solito questa langue o non porta elementi di interesse.

Molte società pubblicano i loro atti, i quali però hanno diffusione limitata; ond'è che alcuni dei disserenti mandano il testo integrale delle loro comunicazioni ai giornali medici. E siccome in Italia i giornali medici sono oltremodo numerosi, e molti difettano di materiale, le redazioni non passano al vaglio della critica i lavori offerti; non guardano alla qualità: accettano tutto. Ne viene un ingombro straordinario di lavori pressochè inutili nella bibliografia medica. D'altra parte però accade che qualche buon lavoro va disperso in periodici non accreditati o non diffusi.

I segretari delle Società si dànno cura d'inviare i resoconti delle sedute a molti giornali medici. Alcuni di questi fanno posto ai resoconti di società locali o regionali; altri, a carattere nazionale, come il nostro « Policlinico », ne accettano da tutte le regioni; ma, in lotta permanente con lo spazio, sono costretti a rifilarli, a sopprimerne delle parti od a rifarli condensandoli.

Ne derivano difficoltà e imbarazzi nella redazione, che cerca di fare, in primo luogo, l'interesse dei lettori, e perciò deve resistere a insistenze e pressioni anche in questo campo, a costo di destare risentimenti e malumori.

Di fronte a tanta esuberanza, che è indice di vitalità e di progresso, noi siamo necessariamente costretti ad un'accurata opera di cernita e di selezione.

A volte dobbiamo sopprimere per intero delle sedute. Spesso ci limitiamo a dare i soli titoli di comunicazioni anche pregevoli. Ciò consente, a chi ha interesse nell'argomento trattato, di rivolgersi all'autore od alla segreteria, onde avere il testo integrale della comunicazione: perciò il titolo non è superfluo, come potrebbe presumersi. L. V.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

Risposte a quesiti per questioni di massima.

19° *Dottor A. L.* — La giurisprudenza del Consiglio di Stato, in sede consultiva e giurisdizionale, è ormai costante nel ritenere che il Prefetto possa revocare l'incarico della vigilanza igienica già conferito al medico condotto per attribuirlo ad un medico libero esercente, se sia possibile scindere le due funzioni, anche se non si provveda a nomina definitiva in base a concorso. Questa facoltà appartiene alla iniziativa e al potere discrezionale del Prefetto.

20° *Dottor F. B.* — È vero che il capitolato stabilisce il limite massimo e, quindi, il Comune non è *senz'altro* obbligato a concedere la licenza per la durata di due anni; ma è anche vero che il medico condotto ha un interesse legittimo, protetto dal capitolato, e il Comune deve rispettarlo se si verifichi la causa alla quale la licenza straordinaria è condizionata. In altri termini, il Comune ha facoltà discrezionale, può limitare la licenza ad una durata minore ma se ed in quanto risultino giustificati motivi. Se, per es., la infermità fosse guaribile presumibilmente in minor tempo, la limitazione della durata sarebbe legittima.

Ma poichè il Collegio medico, costituito dal Comune, ha riconosciuto che la infermità è suscettibile di utili modificazioni, e la inabilità è temporanea, per un periodo non inferiore ad un anno, il Comune non può limitare la durata della licenza e, peggio, deliberare sin da ora il licenziamento se Lei alla data 27 marzo 1932 non riassuma il servizio.

Questo provvedimento è illegale, perchè viola le disposizioni del capitolato, ed è viziato da eccesso di potere, tanto più che risulta la dipendenza da causa di servizio.

Contro la deliberazione 7 gennaio 1932 può ricorrere alla G. P. A. in sede giurisdizionale, nel termine di trenta giorni dalla notificazione.

21° *Dottor G. P.* — La prestazione deve essere remunerata dal Comune, perchè esso l'ha richiesta e ne ha dato incarico.

Non risultano norme giuridiche che stabiliscano a retribuzione dovuta ai sanitari liberi esercenti per visite collegiali. È da ritenere che Lei abbia diritto di chiedere l'onorario a norma della tariffa.

22° *Dottor B. D. S.* — Se è stato ridotto lo stipendio del medico condotto interino, in applicazione dei decreti 1159 e 2672 del 1927, devono essere restituite le somme indebitamente trattenute, essendo ovvio che non vi è differenza, da questo punto di vista, tra la condizione del medico condotto titolare e quella dell'interino.

23° *Dottor A. G.* — È da ritenere che, anche nel caso da lei indicato, il servizio militare prestato in zona di operazioni debba essere valutato agli effetti dell'anzianità utile e, quindi, degli aumenti periodici.

24° *Dottor G. M.* — Lei non ha diritto alla nomina con preferenza assoluta perchè non può essere considerato invalido di guerra. Ha invece titolo di preferenza a parità di merito e soltanto agli effetti dell'ordine della graduatoria.

25° *Dottor A. R.* — L'art. 9 della legge 31 gennaio 1904 n. 51 dispone che il capo o esercente dell'impresa è obbligato a sostenere le spese per le prime immediate cure di assistenza medica e farmaceutica e per il certificato. L'onorario al medico è dovuto anche se l'infortunato sia iscritto nell'elenco dei poveri. S'intendono prime e immediate cure quei soccorsi di urgenza che è necessario siano subito prestati all'infortunato, compresa la prima medicatura, l'accompagnamento e il trasporto del ferito, sinchè esso sia costituito in condizioni normali di cura (art. 15, R. D. 13 marzo 1904, n. 141).

Prestata l'assistenza urgente cessa l'obbligo del capo o esercente dell'impresa. Se l'infortunato è iscritto nell'elenco dei poveri, deve essere curato gratuitamente dal medico condotto.

L'onorario che è dovuto, nei limiti sopra indicati, dal capo o esercente dell'industria, è regolato secondo le tariffe normali.

L'Istituto assicuratore deve pagare il compenso per i certificati concernenti la continuazione dell'inabilità al lavoro e l'esito definitivo: il primo, però, deve essere rilasciato gratuitamente se l'infortunato è iscritto nell'elenco dei poveri.

Lo stipendio è stabilito per corrispettivo di tutta la prestazione sanitaria, indipendentemente dal numero dei poveri. Una limitazione può risultare dal capitolato o da altro atto approvato dall'autorità tutoria: spesso è attribuito un supplemento proporzionale al numero dei poveri oltre un dato limite.

Gli aumenti periodici non sono dovuti, per legge, ai sanitari condotti, i quali ne hanno diritto se ed in quanto siano stabiliti dal capitolato o da un provvedimento del Comune approvato dall'autorità tutoria.

N. B. — Ai quesiti degli abbonati si risponde, in ogni caso, direttamente, per lettera. I quesiti devono essere inviati, in busta, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del « Policlinico », via Sistina 14, Roma.

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, **sono gratuite.**

Saranno poi pubblicate in questa rubrica, ma senza indicare il nome del richiedente, soltanto le risoluzioni che abbiano interesse di massima.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI esercente in Cassazione, cons. legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BORDIGHERA (*Imperia*). — Ufficiale Sanitario dei Comuni di Bordighera, Ospedaletti, Vallecrosia, Vallebona, Seborga. Per titoli ed esami. Stipendio L. 16.000. Indennità per mezzo di trasporto lire 3000, oltre i diritti sanitari spettanti per legge, il tutto da decurtarsi del 12 %. Tre aumenti triennali. Inibita la libera professione. Età massima 45 anni s. e. l. Tassa concorso L. 50. Domanda e documenti al Municipio di Bordighera entro il 15 aprile 1932.

CALZAGO S. MARTINO (*Brescia*). — Scad. ore 17 del 15 mag.; 1ª cond. (capoluogo); L. 7920 e 6 quinquenni dec., oltre L. 1320 bicicletta e L. 440 uff. san.; tassa L. 50; servizio entro il 25 maggio. Chiedere annunzio.

CAMPOLIETO (*Campobasso*). — Scad. 10 mag.; L. 6000, oltre addizionale L. 5 ogni pov. in più del 5 % della popolaz.; 3 quinquenni dec.; per uff. san. L. 500; riduz. 12 %; tassa L. 50; età lim. 40 a.

CHIETI. *R. Prefettura*. — Uff. san. di Vasto; al 23 aprile, ore 17; L. 5000 e 5 quadrienni dec.; deduz. 12 %; per trasp. L. 1000; indennità varie; L. 5300 pel dispensario antitubercolare, già depurate 12 %, dall'inizio del funzionamento (richiedesi competenza in fisiologia); è consentito l'esercizio della libera profess.; tassa L. 50,10; età lim. 45 a. al 23 feb. Chied. annunzio.

COMO. *Amministraz. Provinc.* — Scad. 30 apr.; direttore del Consorzio antitubercolare; L. 21.000 e 3 trienni dec., oltre L. 3000 indenn. carica direz. dispensario; riduz. 12 %; indenn. trasferta variabile (pel 1932 L. 500); età lim. 45 a.

COTIGNOLA (*Ravenna*). — Scad. ore 17 del 10 apr., 1° reparto; L. 8500 dal Comune e L. 2500 dalla Congregaz. di Carità per gl'istituti da essa dipendenti, oltre L. 500 trasp., L. 1000 se uff. san., c.-v., L. 1200 serv. att.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50,15; doc. a 3 mesi.

CUNEO. *Amministraz. Provinc.* — Assistente nella Sez. med.-micrograf. del Laborat. prov. d'igiene e profilassi; L. 7600 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1300 supplem. serv., L. 750 indenn. provvisoria, c.-v.; 15 % premio operosità. Riduz. 12 %. Scad. 15 aprile.

FINALE LIGURE. — (Vedi SAVONA).

MARCELLINARA (*Catanzaro*). — Scad. 31 mar.; L. 7500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 500 indenn. malarica; riduz. 12 %; età lim. 45 a.

MASSA e COZZILE (*Pistoia*). — Scad. 15 mag.; L. 7000 non soggette a riduzioni, oltre c.-v.; lire 3000 trasp., L. 700 uff. san., trienni ventesimo senza limitazioni nel numero dei trienni, età lim. 35 a., tassa L. 50.

MESSINA. *Amministrazione Provinciale*. — Coadiutore del Laboratorio d'Igiene e Profilassi, Sezione Micrografica; L. 13.700 aument. in tre quadrienni a L. 16.000, oltre serv. att. L. 3500 e c.-v.; ritenuta 12 %. Scad. 30 apr. Rivolgersi Segreteria Generale.

MONTALTO DI CASTRO (*Viterbo*). — Scad. 15 apr., ore 18; L. 8000, 5 aumenti decimo, c.-v. in lire 1700; già portata riduz. 12 %; età lim. 39 a.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 6 feb.

MONTELEONE DI SPOLETO (*Perugia*). — Scad. 31 mar.; L. 10.000 oltre L. 600 serv. att., 4 quinquenni dec.; deduz. 12 %; trasp. a carico del Comune.

MONTOTTONE (*Ascoli Piceno*). — Scad. 20 mag.; L. 8200 complessive pel 25 % della popolaz.; addizionale L. 5; per cavallo o automob. L. 2700; per uff. san. L. 500; assegno per studi L. 500; indenn. forese L. 500; riduz. 12 %; 5 quadrienni dec.; età lim. 45 a.

PIETRALUNGA (*Perugia*). — Scad. 30 apr.; 1ª cond.; L. 7920, oltre L. 663,60 c.-v., L. 1056 c.-v., L. 3520 cavalc., già ridotti; 3 quinquenni dec.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10. Chied. annunzio.

S. ANDREA (*Frosinone*). — Scad. 10 mag.; lire 10.500 oltre L. 2000 cavalc.; riduz. 12 %; 5 quadrienni dec.; età lim. 40 a.; tassa L. 50.10.

S. ANGELO IN LIZZOLA (*Pesaro-Urbino*). — Scad. 3 mesi dal 12 febbraio; per Montecchio; L. 8000 e 10 bienni ventes., oltre L. 960 c.-v., se coniugato; L. 1000 cavalc.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 12 feb.

SCANDIANO (*Reggio Emilia*). — Scad. 15 mag.; per 3 frazioni; L. 7040 oltre L. 2640 trasp., L. 880 indenn. resid.; L. 440 ambulat.; retribuzioni già ridotte; 5 quadrienni dec.; c.-v.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

SAVONA. *R. Prefettura*. — Ufficiale Sanitario del Comune di Finale Ligure, stazione ufficiale di cura, soggiorno e turismo. Stipendio lordo L. 8000 oltre caro-viveri ed assegno di L. 1400 per mezzi di trasporto, con libertà di esercizio professionale. Documenti di rito. Età limite anni 45; per gli ex combattenti 50. Scadenza 11 aprile 1932. Indirizzare domande Regia Prefettura di Savona. Per ogni informazione rivolgersi al Comune di Finale Ligure.

SERIZIO (*Bergamo*). — Scad. 15 mar.; L. 6500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 750 uff. san., L. 500 mezzo trasp., L. 420 ambulatorio.

TERAMO. *Congregazione di Carità*. — Aiuto di medicina dell'Ospedale Civile « Vitt. Em. III »; L. 5000 lorde, oltre c.-v. in L. 620 se il titolare è celibe, L. 1432,30 se coniugato; riduz. 12 %; partecipazione 15 %; scad. ore 12 del 15 mar.; età lim. 35 a.; doc. a 2 mesi dal 20 gen.; nom. e conferma quadriennali. Chiedere annunzio.

TORINO. *Ospedale Amedeo di Savoia*. — Scad. 21 mar.; 2 assistenti interni reparto malattie infettive e 3 allievi medici reparto sanatorio; rivolgersi Segreteria (corso Altacomba 140).

VALLE DI CADORE (*Belluno*). — Consorzio Valle di Cadore-Cibiana. Stipendio annuo L. 10.000 per mille poveri; addizionale per altri 200 L. 5; dai 200 ai 400 L. 3; per i rimanenti L. 2. Indennità di caro viveri L. 1200; di alloggio L. 1500; di trasporto con cavallo od automobile L. 3500; Ufficiale Sanitario L. 500, il tutto al lordo delle

ritenute di Legge e del 12 %. Cinque aumenti quadriennali del decimo. Tassa concorso L. 50. Scadenza 31 maggio. Per schiarimenti rivolgersi Segreteria Comune di Valle di Cadore.

VARESE. *Amministrazione Provinciale.* — Direttore della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale d'Igiene e Profilassi. Stipendio annuo lordo L. 18.000, con 5 aumenti decimali. Indennità di servizio attivo L. 2000. Aggiunta di famiglia come al personale dipendente dallo Stato. Il tutto soggetto a riduzione del 12 % a norma del R. D. 20 novembre 1930 n. 1491. Percentuale 17.60 % (già ridotto) più proventi delle analisi. Scadenza ore 18 del 15 aprile. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria della Provincia.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche, i compensi allo stipendio base.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Pietro Capparoni è stato incaricato dell'insegnamento di storia della medicina dalla Facoltà medica di Bologna.

La cattedra di pediatria dell'Università di Berlino, rimasta vacante in seguito all'andata in riposo del prof. Adalbert Czerny, è stata offerta al prof. Georg Bessau, di Lipsia.

Il premio Boas, della Società tedesca degli specialisti di malattie digerenti e del metabolismo, è stato conferito al dott. Paul Kaczander (Berlino) in 1° posto e al laureando E. Neter (Mannheim) al 2° posto, i quali hanno trattato il tema: « Genesi batterica e non batterica delle affezioni pancreatiche ».

La medaglia istituita dalla Società Ungherese di Stomatologia per commemorare il prof. Arkovy, è stata assegnata per la prima volta al dott. Chompret, stomatologo degli Ospedali di Parigi, fondatore e direttore della principale Scuola odontologica di questa città. La medaglia verrà conferita ogni 3 anni.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Milano.

Ambulatorio per diabetici.

Scopo dell'istituzione, lungamente vagheggiata dal prof. Zoja, ma regolarmente funzionante appena dal novembre dell'anno scorso, è quello di costituire un competente centro per diabetici, a fine di accertamento diagnostico delle varie forme cliniche (comprese ivi le diverse complicanze e malattie concomitanti); nonchè di essere guida terapeutica del malato e anche di aiuto materiale al diabetico semi-abbiente (e sono poi i più), mediante tariffe mediche modeste e la cessione, a prezzo ridotto, dell'insulina.

Per tutti i poveri del Comune di Milano, l'ambulatorio, per tale scopo sovvenzionato dal Comune, fa servizio pienamente gratuito; mantiene costantemente il collegamento coi medici di riparto, dimodochè questi siano sempre a giorno della cura praticata ai malati dei loro rispettivi rioni.

Di fronte al singolo caso, ordinariamente si procede nel modo seguente: dopo l'indagine anamnestica e l'esame fisico del malato, vengono eseguiti gli esami di laboratorio necessari: glicemia a digiuno o anche da glucosio o da pane, esame generale delle orine, eventualmente reaz. di Wassermann o altre indagini richieste dalla particolarità del caso (metabolismo basale, azotemia, esame delle feci, ecc.). Dopodichè, con una dieta di prova stabilita per 3 giorni, si ricerca la tolleranza per i carboidrati. Si procede poi, in base agli elementi raccolti, alla costruzione della dieta definitiva e si inizia tosto, se del caso, la terapia insulinica. In quanto alla dieta, si insiste sopratutto su due principî che l'esperienza ha dimostrati utili: dieta parca, ma sufficiente al mantenimento del peso corporeo in rapporto alla statura, età, professione ed alla tendenza alla magrezza od obesità ed a malattie concomitanti da combattersi; in secondo luogo, evitare un eccesso di proteine che certamente diminuiscono la tolleranza dei carboidrati e dànno luogo a formazione di scorie tossiche.

Le iniezioni di insulina vengono praticate all'ammalato in ambulatorio fino alla messa a punto della terapia e in questo periodo l'ammalato si famigliarizza con i dettagli della cura e impara a farsi l'iniezione da sè.

Dopodichè, munito delle istruzioni per il proseguimento della terapia a domicilio, viene invitato a ripresentarsi a periodici controlli.

Il numero dei diabetici in cura presso l'Ambulatorio supera fino ad oggi i 150 ed il lavoro è in continuo e promettente sviluppo. Il consumo mensile di insulina ha toccato, nel mese di febbraio, le 20.000 unità.

In compenso della non lieve fatica, si provvede a colmare, con tale Ambulatorio, una vera lacuna in tale campo dell'assistenza medica ed insieme si ha la soddisfazione di vedere raccolto un materiale di osservazione e di studio ogni giorno più vasto e prezioso.

DR. M. ZARDI.

Da Trieste.

Onoranze al prof. Economo.

La riunione solita della Associazione Medica Triestina, che è pure Circolo di Cultura del Sindacato Fascista Medici, ha assunto una particolare importanza e solennità per la commemorazione

fatta dal valente clinico e dotto conferenziere prof. Sai, direttore del locale Istituto Provinciale neuropsichiatrico.

Oltre ad uno stuolo di medici, intervennero alla manifestazione in memoria dell'illustre cittadino, il sen. Giorgio Pitacco, podestà di Trieste, e la baronessa ed il barone Economo, contribuendo per tal modo a rendere più solenne la celebrazione. Nella sala attigua era stata predisposta una esposizione delle opere del prof. Economo.

L'oratore tracciò a grandi linee la geniale e poderosa attività scientifica di Costantino Economo, soffermandosi anzitutto sul suo studio circa la citoarchitettonica corticale umana, studio veramente monumentale che costò all'Economo 13 anni di duro, faticosissimo lavoro e culminò nella pubblicazione dell'Atlante composto di 112 grandi tavole fotografiche, opera nel suo genere unica al mondo.

L'oratore proiettò quindi dei riusciti disegni suoi, rivolti a dimostrare i 5 tipi corticali fondamentali stabiliti dall'Economo, illustrandone la distribuzione nella corteccia, e mettendo in rilievo l'individuazione del coniocortex a funzione recettiva-sensoriale, per opera dell'Economo.

Passando dal campo della citoarchitettonica all'anatomia comparata ed all'antropologia, Economo mise in chiara evidenza il concetto della cerebrazione progressiva, cioè dello sviluppo progressivo del cervello nella serie filogenetica e nelle singole specie, quindi non solo nell'uomo, ma anche nei cavalli, nei cani.

Nel periodo storico si ebbe pure una progressione nella cerebrazione, come lo dimostra lo sviluppo preso dalla musica attraverso i secoli. I Greci antichi, pur essendo dotati di uno squisitissimo senso d'arte, avevano una musica primitiva; la musica moderna, intellettuale, come è oggi intesa da noi, è una acquisizione recentissima della corteccia umana.

Lo studio che creò la fama e rinomanza mondiale al prof. Economo è stata la scoperta della encefalite letargica nel 1917, l'aver cioè ravvisato con geniale intuito già nei primissimi casi venuti sotto la sua osservazione i caratteri particolari clinici, anatomici e biologici della nuova malattia creandone un'entità nosologica autonoma, tanto che venne poi proposto da autori francesi la denominazione: « malattia di Economo ».

La strana sintomatologia della nuova malattia, che si accompagnava a turbe psichiche del tutto particolari ed a disturbi del sonno che andavano dal letargo all'insonnia invincibili, indussero l'Economo a studiare a fondo il problema del sonno fisiologico e della localizzazione delle funzioni psichiche. Egli elaborò la dottrina del centro regolatore del sonno, localizzandolo alle pareti del terzo ventricolo, alla base del cervello; dottrina che ebbe il suffragio di prove cliniche, farmacologiche e sperimentali.

Giunto verso la fine della sua obbiettiva esposizione l'oratore rilevò la modestia, veramente eccezionale, del grande Scienziato che rifiutò più volte incarichi a titolare di Cliniche neuro-psichiatriche per darsi tutto alla scienza pura.

La morte lo colse improvvisamente a 56 anni, forse in seguito ad una trombosi delle coronarie, proprio pochi giorni dopo l'ultimo Congresso neurologico internazionale di Berna (1931) ove presentò una brillante relazione densa di concetti e di vedute originali che si riprometteva di svolgere.

REVOLTELLA.

NOTIZIE DIVERSE.

Associazione Italiana Fascista per l'Igiene.

Quest'Associazione, presieduta da S. E. il prof. D. De Blasi, ha indetto il suo prossimo congresso nazionale a Bari, per la seconda decade di maggio (la data precisa sarà stabilita prossimamente). Esso verrà integrato dalla visita ad opere igieniche di speciale importanza nei principali centri delle Puglie. Saranno svolti due temi di relazione, che prossimamente verranno annunziati. Sarà fatta la solenne commemorazione del prof. Sclavo, da parte del prof. D. Ottolenghi, e sarà annunziato lo statuto della fondazione « premi Sclavo », istituita dall'Associazione.

Si prega di far noti i titoli delle comunicazioni alla presidenza non oltre il 15 aprile.

La sede ufficiale dell'Associazione è in Roma; quella dell'Ufficio di presidenza e della segreteria nazionale è in Napoli, presso l'Istituto d'Igiene della R. Università (via Luciano Armanni 3).

Congresso internazionale sull'asma.

Si adunerà al Mont-Dore (Francia) nei giorni 4 e 5 giugno, sotto l'alto patronato del ministro della sanità pubblica e sotto la presidenza del prof. Fernand Bezançon, membro dell'Accademia di Medicina di Parigi. Per informazioni rivolgersi al: secrétariat du Congrès international de l'asthme, rue Auber 19, Paris (IXe).

L'Italia e l'insegnamento universitario a Parigi.

Una riunione dei direttori generali dell'insegnamento superiore si è tenuta a Parigi, al Palais Royal, indetta dall'Istituto internazionale di cooperazione intellettuale, organo della Società delle Nazioni.

Si è discusso sulla necessità e la possibilità di una collaborazione internazionale in materia di insegnamento superiore, sullo scambio internazionale dei professori, sulle borse di studio internazionali e lo scambio degli studenti, sulle questioni derivanti dall'eccessivo affollamento delle Università e della carriera intellettuale, sul problema dell'orientamento professionale, sulla protezione dei titoli accademici, sull'insegnamento delle lingue moderne e sulla equipollenza degli studi e dei diplomi universitari.

Su quest'ultimo problema, relatore designato dall'Istituto internazionale di cooperazione intellettuale è stato il direttore generale italiano Ugo Frascarelli il quale, oltre ad aver presentato un rapporto scritto, ha ampiamente illustrato alcune sue proposte che hanno ottenuto larga adesione.

Per l'affollamento universitario, il prof. Castilli dell'Università di Bari ha comunicato il risultato degli studi da lui compiuti per incarico dell'Istituto di cooperazione intellettuale e le sue vedute sono state pienamente accolte dalla riunione.

La prolusione del prof. Bastai a Firenze.

Il 16 febbraio, nell'anfiteatro di anatomia della R. Università di Firenze, il prof. Pio Bastai, chiamato con voto unanime alla cattedra di patologia medica, tenne la prolusione al suo corso, trattando il tema: « Anemie da carenza ormonica ». Erano presenti le più alte personalità mediche cittadine.

Il prof. Bastai, dopo aver rivolto un ricordo devoto ed affettuoso ai suoi maestri ed ai suoi pre-

decessori, proff. Schupfer, Micheli, Frugoni e Daddi, nello svolgimento del suo tema si è trattenuto particolarmente sulla patogenesi della clorosi e dell'anemia perniciosa. Considerò la prima come una malattia dipendente da insufficenza ovarica; la seconda in rapporto con un'alterazione della funzione endocrina dello stomaco. Particolare interesse rivestì la trattazione di tale argomento, dacchè la patogenesi prospettata dell'anemia perniciosa scaturisce dall'osservazione della efficace cura che in tale affezione esercitano gli estratti di fegato e di stomaco.

La conferenza fu caldamente applaudita.

La funzione morale del medico nella medicina sociale.

Il prof. Salvatore Ottolenghi, inaugurando il 22 febbraio, nella Scuola di Perfezionamento in Medicinale legale, il « Corso di Cultura in Medicina legale e nelle Assicurazioni sociali », ha trattato « della funzione morale del medico nell'applicazione della legislazione penale e sociale fasciste ».

Traendo ispirazione dalla « funzione morale del medico » tratteggiata mirabilmente dal Duce nel suo memorabile discorso all'inaugurazione del Congresso nazionale dei sindacati medici fascisti in Campidoglio, dimostra nella sua prolusione quanto le funzioni che la nuova legislazione fascista assegna al medico professionista, abbiano un carattere eminentemente morale.

Sostiene l'Ottolenghi che perchè tali funzioni raggiungano i loro intenti è indispensabile, da parte del sanitario, la comprensione intellettiva etica e politica della medicina sociale di cui branca madre è la medicina legale, scienza eminentemente italiana che svolge i più saggi e più obbiettivi criteri direttivi per la migliore soluzione dei più importanti problemi, offerti nell'applicazione delle nuove leggi penali e di assicurazione sociale.

Al Policlinico del Lavoro di Roma.

Il 3 marzo numerosi capitani dell'industria, convocati dal Reggente della Sezione dell'Urbe dell'Associazione Nazionale Fascista dei Dirigenti di Aziende industriali, hanno visitato il 1° Policlinico italiano del lavoro, fondazione dell'Unione industriale fascista del Lazio, e ne hanno ammirato ed apprezzato l'efficienza e l'organizzazione; parlò il prof. A. Ranelletti.

Nuova scuola medica post-universitaria a Londra.

Un Comitato medico del Parlamento inglese aveva preconizzato da tempo la fondazione di una nuova Scuola di perfezionamento medico a Londra; nell'aprile 1930 il Governo aveva accolto la proposta e progettato di destinare alla Scuola l'Ospedale Hammersmith, di 400 letti; veniva preventivata la costruzione di vari istituti scientifici annessi all'ospedale, per l'importo di circa 25 milioni di lire it.; si lasciava in sospeso però il problema dei fondi per il funzionamento, confidandosi nel concorso di enti e di privati. Ora, a causa del disagio economico, il progetto di legge definitivo presentato al parlamento riduce il concorso dello Stato a meno di 10 milioni di lire it. È stato costituito un Comitato esecutivo, sotto la presidenza del ministro dell'igiene, sir George Newman. Si è lanciato un appello per la costruzione di una casa dei perfezionandi, destinata ad ospitare non solo i medici, ma anche altri cultori delle scienze e delle arti; si è già provveduto per una casa atta ad ospitare 30 perfezionandi dei dominî inglesi.

Biblioteche per gli ospedali.

La Biblioteca Ospedaliera della Croce Rossa Britannica, in cooperazione di un Sottocomitato speciale dell'« Associazione delle Biblioteche » dell'Inghilterra, fornisce i libri a circa 2000 ospedali: ogni settimana 6000 volumi incirca vengono distribuiti dalla Croce Rossa Britannica e non fanno più ritorno, ma vanno ad arricchire le biblioteche dei singoli ospedali.

Sono richiesti e forniti libri su tutti gli argomenti ed in tutte le lingue tra cui la cinese, la copta, ecc.

L'iniziativa è stata oltremodo apprezzata dagli infermi, tanto che la lettura si considera ormai quasi un elemento della cura...

In seguito ad una nuova convenzione, si è ora stabilito di estendere la distribuzione dei libri a sanatori per tubercolotici, ospedali per malattie infettive, ospedali psichiatrici, ospedali militari. ospedali navali, ospedali per le forze aeree, naviospedali, ospedali per ex-militari.

Nel giornalismo medico francese.

L'« Associazione professionale dei giornalisti medici francesi » ha così costituito il suo ufficio pel 1932: presidente G. Lemoine (Lilla), vice-presidenti P. Boudin e Camescasse (Saint-Arnoult); segretario Albert Garrigues; tesoriere L. Mathé.

La « Cassa mutua pensioni dei giornalisti medici francesi » ha così costituito il suo ufficio pel 1932: presidente G. Paul-Manceau; vice-presidente J. Minet (Lilla); segretario A. Bouland; tesoriere Albert Garrigues.

Pubblicità medica nei giornali romeni.

Nel giugno 1931 si costituì a Bucarest la Camera Medica, la quale ha stabilito che ogni pubblicità dei medici nella stampa quotidiana dovesse venire soppressa, nel termine di 15 giorni; in caso diverso, se ne sarebbe interessato il Comitato disciplinare. Tra gli annunzi pubblicitari fatti correntemente da medici sul quotidiano più diffuso della Romania, « Dimineala », se ne leggevano di quelli ameni e alcuni quasi inverosimili. Malgrado l'intimazione della Camera Medica, hanno continuato ad essere inseriti, come rileva il periodico medico « Praxis Medici »; il che attesta come il direttorio della Camera non disponga ancora di mezzi disciplinari e coercitivi efficaci.

I medici del Giappone.

Secondo un'inchiesta diligente, nell'aprile 1930 il Giappone contava 40.681 medici, il che dà la proporzione di 7,07 medici ogni 10.000 abitanti.

Inoltre si contavano 3220 empirici, tra cui la massima parte, 1706, applicava le cure elettriche; 456 applicavano le cure termiche; 368 curavano con i toccamenti delle mani (così detti « sciatsu »); 291 applicavano cure spirituali; 143 le cure attiniche; 96 gli esercizi fisici; 160 forme varie.

Per gli automobili dei medici a Parigi.

Il Sindacato medico di Parigi ha inoltrato una protesta al Prefetto, contro le numerose multe in-

flitte ai medici che lasciano le proprie automobili in vicinanza delle case dei clienti, per un tempo superiore ai pochi minuti concessi dal regolamento sul traffico stradale.

Si è proposto — come già altre volte — che la Prefettura di polizia applichi, sulle automobili dei medici, delle targhette smaltate, con l'insegna della Croce Rossa, le quali valgano a proteggere dalle multe dei metropolitani.

Naturalizzazioni.

Hanno ottenuto la cittadinanza italiana i dottori M. Yucacer (interno della Clinica Medica di Palermo) e S. Minc (interno della Scuola di Malariologia di Roma). Auguri ai nuovi connazionali.

Di prossima pubblicazione:

2° Numero monografico di gastro-enterologia.

In preparazione:

Numeri monografici sull'allergia, sulle secrezioni interne, sui reumatismi.

Si è spento a 66 anni il dott. FRANCESCO SIRNA, la cui intelligente attività si è svolta soprattutto a favore degli umili sia durante la condotta medica da Lui tenuta nel comune di Alcara li Fusi dal 1892 al 1920, sia nell'esercizio della libera professione. Fu emblema di bontà ed abnegazione.

N.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

Abbonamenti "al Policlinico„ per l'anno 1932:

Singoli:	Italia	Estero	Cumulativi:	Italia	Estero
(1) Alla sola sezione pratica (settimanale)	L. 58.80	L. 100	(2) Alle due sezioni (pratica e medica)	L. 100	L. 150
(1-*a*) Alla sola sezione medica (mensile)	L. 50 —	L. 60	(3) Alle due sezioni (pratica e chirurgica)	L. 100	L. 150
(1-*b*) Alla sola sezione chirurgica (mensile)	L. 50 —	L. 60	(4) Alle tre sezioni (pratica, medica e chirurgica)	L. 125	L. 180

☛ L'importo di abbonamento o di quant'altro si desidera acquistare, oltrechè mediante Vaglia Postale o Chèque Bancario *(questo ultimo deve essere riscuotibile in Roma)*, può anche essere inviato versandone la somma nel Conto corrente Postale N. 1/5945 dell'Editore LUIGI POZZI.

AVVERTENZA.

Tutti gli associati che invieranno subito l'intero importo del proprio abbonamento pel 1932, potranno, coll'aggiunta di sole . . . . . Lire 20

ricevere PRONTAMENTE UNO dei tre volumi qui sotto indicati alle lettere *a*), *b*), *c*):

a) **DIAGNOSTICA DELLE MALATTIE PARASSITARIE.** (Prof. C. BASILE). Prefazione del Prof. VITTORIO ASCOLI . . . . . prezzo di copertina L. 33.—
b) **LA VOCE PARLATA E CANTATA, NORMALE E PATOLOGICA.** *Guida allo studio della fonetica biologica.* (Prof. G. BILANCIONI). Prefazione del Prof. S. DE SANCTIS. » » » 35.—
c) **I CIRCOLI VIZIOSI IN PATOLOGIA.** (I. B. HURRY). Traduzione dalla 3ª edizione inglese, riveduta ed accresciuta dal Dott. G. DRAGOTTI. Rilegato in piena tela . . » » » 45.—

e coll'aggiunta di sole . . . . Lire 10

ricevere, a loro scelta, UNO degli otto volumi indicati qui sotto alle lettere *d*), *e*), *f*), *g*), *h*), *i*), *k*), *l*):

d) **NUOVE VEDUTE SULLA INFEZIONE DELL'APPARATO DIGERENTE.** (Prof. GIUSEPPE SANARELLI) . . . . . prezzo di copertina L. 25.—
e) **LA CLINICA DELLA ADESIONE PERICARDICA** (*Fibrechia del cuore*) **NELL'ASPETTO SUO DIAGNOSTICO.** (Prof. G. L. SACCONAGHI) . . . . . » » » 20.—
f) **L'INSUFFICIENZA DEL CUORE** *con speciale riguardo ai concetti moderni di Fisiopatologia.* (Dott. E. PERITI). Prefazione del Prof. L. SICILIANO . . . . . » » » 22.—
g) **CARDIOGRAFIA ED ELETTROCARDIOGRAFIA, ANGIOGRAFIA.** (Prof. D. MAESTRINI). Prefazione del Prof. S. BAGLIONI . . . . . » » » 20.—
h) **MORFOLOGIA CLINICA E FISIOPATOLOGIA DEL CUORE.** (Prof. A. ROSSI). Prefazione del Prof. LUIGI LUCATELLO . . . . . » » » 15.—
i) **LA SANOCRISINA NELLA CURA DELLA TUBERCOLOSI POLMONARE. Note critiche e Osservazioni cliniche.** (Prof. E. TRENTI). Prefazione del Prof. VITTORIO ASCOLI. » » » 20.—
k) **RADIUMTERAPIA.** *Manuale per i medici pratici.* (Dott. L. CAPPELLI). Prefazione del Prof. F. GHILARDUCCI . . . . . » » » 18.—
l) **I DISTURBI DEL SONNO E LORO CURA.** (Prof. A. ROMAGNA MANOIA). Prefazione del Prof. G. MINGAZZINI . . . . . » » » 15.—

e coll'aggiunta di sole . . . . Lire 8

ricevere, a loro scelta, UNO degli otto volumi indicati qui sotto alle lettere *m*), *n*), *o*), *p*), *q*), *r*), *s*), *t*):

m) **LA DIAGNOSI MEDICO-LEGALE DELLA NEVROSI DEI TRAUMATIZZATI. Il rilievo e il significato dei sintomi.** (Prof. A. CIAMPOLINI). Prefazione del Prof. CESARE BIONDI . . . . . prezzo di copertina L. 12.—
n) **L'IMPORTANZA DELLE PARATIROIDI SECONDO LE ODIERNE VEDUTE.** (Dott. VITTORIO GHIRON) . . . . . » » » 14.—
o) **LA BISMUTERAPIA DELLA SIFILIDE.** (Dott. F. TRAVAGLI) . . . . . » » » 12.—
p) **L'ASMA BRONCHIALE NEI MODERNI CONCETTI.** (Prof. P. STANGANELLI) . . . . » » » 12.—
q) **CONCETTO E DIAGNOSTICA DELLA TISI INIZIALE.** (Prof. A. CAPOGROSSI) . . . . » » » 10.—
r) **LE COLONIE SANITARIE MARINE MILITARI. Nozioni di terapia marina, solare e di educazione fisica.** (Dott. F. BOCCHETTI). Prefazione del Prof. A. SCLAVO . . » » » 12.—
s) **TUBERCOLOSI ED ESERCITO.** (Dott. F. BOCCHETTI). Prefazione del Prof. Sen. G. SANARELLI . . . . . » » » 10.—
t) **LA LEGISLAZIONE SANITARIA IN RAPPORTO ALL'ESERCIZIO PROFESSIONALE.** (Dott. ALBERTO VIGO: *doctor Justitia*) . . . . . » » » 16.—

e coll'aggiunta di sole . . . . Lire 6

ricevere UNO dei quattro volumi indicati qui sotto alle lettere *u*), *v*), *y*), *z*):

u) **LA GROSSA MILZA MALARICA E LE SUE COMPLICAZIONI.** *Studio clinico-operativo.* (Prof. O. CIGNOZZI) . . . . . prezzo di copertina L. 12.50
v) **LA MODERNA LOTTA CONTRO LE MALATTIE SESSUALI.** (Dott. F. TRAVAGLI) . . » » » 10.—
y) **TEORIA DELLE VITAMINE E SUE APPLICAZIONI.** *Saggio di vitaminologia.* (Dott. G. LORENZINI). Prefazione di CHARLES RICHOT . . . . . » » » 10.—
z) **DEI MEDICI FUTURI.** (AUGUSTO MURRI) . . . . . » » » 8.—

N.B. ☛ *È consentito però di richiedere anche* **tutte** *le predette Monografie. Chi le desidera ne accresca il* **rispettivo** *ammontare in ragione di Lire 20, di Lire 10, di Lire 8, di Lire 6 ciascuna.*

☛ *Eccezionalmente per il corrente mese:*

Con l'aggiunta, all'importo di abbonamento, di sole L. 30(*) si potrà ricevere a scelta, uno dei seguenti:

GLI STUDI DI CAMILLO GOLGI SULLA MALARIA. (Raccolti e pubblicati dal Prof. ALDO PERRONCITO) . . . . . prezzo di copertina L. **45**
LA TERAPIA SPECIALE DELLE FEBBRI PERNICIOSE. (Traduzione dalla edizione latina, a cura del dott. GIULIO LEGA) . . . . . » » » **40**

(*) AVVERTENZA: Inviando Lire CINQUANTA, si riceveranno ambedue i predetti volumi.

Per l'estero, al prezzo netto dei suddetti volumi, aumentare il 10 % per le occorrenti maggiori spese postali di spedizione.

ANNO XXXIX Roma, 21 Marzo 1932 - X Num. 12

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

RIVISTE SINTETICHE

SCUOLA DI PATOLOGIA DIGESTIVA
DEGLI OSPEDALI DI ROMA.

In tema di stitichezza

per il prof. PAOLO ALESSANDRINI,
primario medico.

(*Cont. e fine; v. fasc. 7*).

FORME CLINICHE.

Dalle considerazioni esposte risulta chiaramente che la stitichezza è sempre un fenomeno complesso, in cui domina per lo più uno stato d'ipertonia o circoscritta (sfinteri propriamente detti) o più o meno diffusa. Tali ipertonie in taluni casi assumono il valore di un vero spasmo. Non si può però escludere un certo grado d'ipocinesia del tratto intersfinterico; in qualche caso debbono intervenire movimenti antiperistaltici che complicano il meccanismo di produzione.

Da un punto di vista della classificazione distinguere perciò una forma atonica da una forma spastica è irrazionale; nei casi in cui sia evidente il predominio di uno dei due fattori è più opportuno parlare di forme a predominio spastico o ipocinetico. Stabilire l'esistenza di una atonia primaria è troppo difficile sia clinicamente che radiologicamente per poterlo utilizzare come base di una classificazione della stitichezza. Specialmente in casi di stenosi organiche, ma sopratutto nei vecchi, si osservano dilatazioni specialmente delle porzioni iniziali del colon da far pensare che manchi quel certo grado di contrazione che costituisce il tono: si ha ragione però di ritenere che anche nei casi apparentemente primitivi tali dilatazioni, più che dipendenti da uno stato di deficienza anatomica o funzionale primitiva della fibrocellula muscolare o da difetto della sua innervazione, dipendano dal forte accumulo di feci o di gas, debbono perciò considerarsi secondarie.

Ad ogni modo l'atonia deve intervenire solo eccezionalmente nella genesi della stipsi abituale; il suo stato antagonista invece, l'ipercinesia, deve avere una enorme importanza nella genesi delle diarree.

Dare importanza alla ptosi, sopratutto a quelle dell'angolo epatico, nella genesi della stitichezza può considerarsi un anacronismo: quando si pensi che i forti dislivelli tra an-

golo epatico e splenico vengono sempre superati senza la minima difficoltà e quando si consideri che in moltissimi casi di ptosi non esiste il minimo ritardo del passaggio attraverso il colon e che anzi nei casi di stitichezza associata alla ptosi si osserva frequentemente una stipsi del tipo distale, perde qualunque valore l'idea di Glenard. Ciononostante assistiamo quotidianamente alle prescrizioni di cinture dei più svariati tipi che dovrebbero risolvere il problema terapeutico della stitichezza e vediamo ancora monografie sulla stitichezza che si diffondono a parlare dei rapporti tra stitichezza e ptosi viscerale, in cui, oltre agl'inginocchiamenti inevitabili della ptosi, si dà importanza all'eccessiva allungamento del colon. Non mi dilungo a criticare la puerilità della concezione che pochi centimetri di allungamento del colon debbano prolungare di giorni il passaggio attraverso di esso. Basterebbe solo accennare all'inefficacia delle colectomie nella cura della stitichezza abituale e alla frequenza con cui s'incontrano colon lunghissimi senza il minimo ritardo del transito!

La classificazione in stitichezza primitiva e secondaria potrà essere giustificata quando saranno meglio conosciute le leggi della fisiologia e fisiopatologia della motilità gastro-intestinale; ma purtroppo sono tanti i problemi aperti che è impossibile metterci d'accordo sul valore patogenetico delle varie cause: così quella forma che per alcuni può essere primitiva da altri è considerata secondaria, e quella che oggi è primitiva può domani considerarsi secondaria quando si mettesse in luce l'azione di nuovi meccanismi nella genesi di tale forma morbosa. Accenno appena per esempio alle stitichezze che accompagnano l'ulcera gastrica o duodenale, che per alcuni sarebbero riflesse o dipendenti dal ritardo di vuotamento gastrico, per altri invece farebbero parte ambedue di un fondo costituzionale.

Che dire poi delle stitichezze secondarie a ipoepatismo, attribuite da alcuni a deficienza di secrezione biliare e alla sua mancata azione sulla peristalsi, azione che sperimentalmente almeno per il colon è tutt'altro che dimostrata e contro cui basterebbe obbiettare che nei casi di occlusione del coledoco dovrebbe aversi l'arresto della progressione del contenuto intestinale nel colon, un vero quadro di ileo! Si è obbiettato che in tali casi l'aumento degli acidi grassi nelle feci, per la sua azione stimolante la peristalsi del colon, compenserebbe la mancata azione cinetica della bile: però si è visto che anche a dieta completamente priva di grassi nell'occlusione del coledoco o nelle fistole biliari non si hanno modificazioni rilevanti del passaggio attraverso il colon.

Che dire poi del semplicismo dello Schmidt che riduce la stitichezza senz'altro all'eccesso della digestione della cellulosa? Non mi diffondo però qui sui rapporti tra digestione della cellulosa e stitichezza, su cui ritornerò in seguito.

Delle classificazioni della stitichezza abituale l'unica, secondo me, che abbia basi fisiologiche ed ha una notevole importanza dal punto di vista terapeutico è quella di prossimale e distale, non comprendendo in questa la forma ampollare o dischezia che va considerata a parte.

Naturalmente questa classificazione radiologica ha i difetti di tutte le classificazioni schematiche, giacchè le forme pure quasi mai si osservano. Da un punto di vista pratico però, con esami radiologici praticati sistematicamente, tutti i casi possono raggrupparsi nell'una o nell'altra forma. Naturalmente nel tipo distale esistono forme con ristagno prevalente sigmoideo o quelle in cui il ristagno domina nel colon trasverso e discendente; nella forma totale in alcuni casi predomina il ristagno nel colon prossimale e trasverso, in altri nel discendente e sigma.

Stitichezza prossimale. — L'arresto del pasto opaco qui avviene nella prima porzione del trasverso in prossimità dell'angolo epatico, in corrispondenza dello sfintere descritto dal Cannon; spesso però delle traccie di pasto si trovano anche nel resto del trasverso e dopo un certo tempo qualche accenno anche nel discendente e nel sigma, però domina la stasi nel tratto cieco-ascendente anche per tre o quattro giorni. Fatta astrazione dai casi in cui la stipsi ascendente e di natura meccanica, in cui l'arresto è molto più netto a livello dell'ostacolo, bisogna anche qui pensare che la zona sfinterica della porzione iniziale del trasverso rappresenti una garanzia della normale funzione del tratto a monte. Per lo Schmidt l'eccessiva utilizzazione della cellulosa per la mancanza dello stimolo meccanico di essa sul cieco ed ascendente, ne sarebbe la causa fondamentale. Però io mi sono domandato spesso se la deficienza dei residui di cellulosa che si riscontra nelle feci in tutte le forme di stitichezza e particolarmente nella forma ascendente non debba considerarsi in molti casi la conseguenza del lungo ristagno nel cieco-ascendente piuttosto che la causa di esso. Nè il fatto contrario che cioè in molti casi un eccesso di introduzione di cellulosa spesso vince la stitichezza può essere un argomento in favore. Non c'è dubbio che un eccesso d'introduzione di cellulosa, coll'aumento di volume del contenuto del colon che spesso determina bruscamente per la stimolazione della peristalsi anche delle ultime anse del tenue, possa provocare un vivace riflesso mienterico e

quindi favorire il trasporto del contenuto del colon. Quando si pensi però che i digiunatori di professione hanno una defecazione quotidiana e che i popoli esclusivamente carnivori (p. es. esquimesi, indiani del Nord non civilizzati) non soffrono di stipsi, bisogna pensare che la cellulosa per sè non rappresenti un elemento indispensabile alla peristalsi del colon. Probabilmente sono i prodotti della sua scomposizione batterica (acido lattico, acido acetico, acido carbonico, ecc.) che determinano il rilasciamento dello sfintere di Cannon; difatti i popoli carnivori hanno bisogno d'introdurre notevoli quantità di grassi, giacchè gli acidi grassi in eccesso che sfuggono al processo di saponificazione favoriscono il trasporto lungo il colon; ciò risulta anche dall'esperienza quotidiana che dimostra che una dieta molto ricca in grassi in alcuni individui provoca diarrea. In casi di alimentazione molto ricca di sostanze vegetali, che si consiglia nella stitichezza, si raccomanda anche un'abbondante introduzione di olio: nei casi in cui si ottiene l'effetto desiderato (se sopratutto la stitichezza è del tipo prossimale, in cui è superflua una lubrificazione perchè si tratta di un ristagno di feci liquide) bisogna ammettere che l'olio agisca col meccanismo suddescritto.

Oltre che nella dieta carnea, anche in una dieta esclusivamente vegetariana o latteo-vegetariana, la stitichezza è eccezionale; c'è perciò da domandarci se l'alimentazione mista non rappresenti un fattore molto più dannoso al funzionamento del colon che non un'alimentazione puramente vegetariana o puramente carnea. La stitichezza potrebbe perciò in molti casi considerarsi come una manifestazione d'inadattabilità a quel tipo di alimentazione stabilitasi nel corso dell'evoluzione man mano che l'uomo è passato da un'alimentazione esclusivamente animale a un'alimentazione mista. Quello che ad ogni modo risulta dalle considerazioni suesposte è che il problema della dietetica delle affezioni del colon bisogna affrontarlo caso per caso non dominati dall'incubo dei pericoli dell'alimentazione carnea.

Un altro pregiudizio che ostacola una visione obbiettiva di tale problema è il preteso antagonismo tra fermentazione e putrefazione nel colon ascendente, antagonismo che se ha un certo valore in laboratorio, come ha dimostrato Metchnikoff, e ancora maggiore dal punto di vista dell'industria farmaceutica, è ben lungi dal verificarsi in vivo, dove numerose ricerche hanno dimostrato che i due processi decorrono parallelamente.

L'associazione del processo di putrefazione, che porta alla produzione di ammoniaca e di processi di fermentazione della cellulosa, che portano alla produzione di sostanze a carattere debolmente acido, a seconda delle proporzioni in cui avviene, deve modificare quell'*optimum* di acidità necessario a far rilasciare lo sfintere di Cannon; nè si può ammettere che un eccesso di alimentazione carnea (assoluto o relativo al potere digestivo individuale) possa essere controbilanciato da un proporzionale aumento di cellulosa, giacchè il potere di digestione della cellulosa nell'uomo non è illimitato e un eccesso d'introduzione può provocare fenomeni irritativi, esagerando una stitichezza o provocando dolori e diarree, su cui lo stesso Schmidt ha richiamato l'attenzione.

Da questi dati si comprende la difficoltà di stabilire l'*optimum* alimentare nella terapia della stitichezza perchè per lo più presenta un carattere nettamente individuale.

Bisogna inoltre considerare che, oltre alla reazione del contenuto dell'ascendente, anche la quantità dei residui alimentari per sè debba avere un certo valore per regolare l'apertura dello sfintere di Cannon: naturalmente il tratto cieco-ascendente tratterrà più a lungo un materiale ricco di principi alimentari che sia sfuggito alla digestione del tenue, in casi in cui le alterazioni putrefattive o fermentative non siano molto spiccate, in tali casi perciò il passaggio nel trasverso sarà ritardato, come dimostra spesso l'osservazione quotidiana: se però interverranno intensi processi fermentativi, per lo stabilirsi di un brusco riflesso mienterico, avremo scariche diarroiche che si alterneranno con una stitichezza: e questa alternativa tra stipsi e diarrea è un fenomeno abbastanza frequente nelle stitichezze del tipo ascendente.

Stitichezze del tipo ascendente, oltre che per un'iperalimentazione assoluta o relativa, si possono avere anche per ipoalimentazione come si osserva nei convalescenti e nei psicopatici o in alcune diete facilmente assimilabili: in tali casi il contenuto cecale è scarso e non capace di determinare il riflesso mienterico: in questo gruppo per alcuni rientrano le stitichezze dipendenti da una dieta lattea o da una introduzione eccessiva di uova, sebbene qui debbono intervenire fenomeni complessi e d'interpretazione variabile nei singoli casi.

Stitichezza distale. — In questa forma osserviamo che il colon discendente e il sigma vengono raggiunti dal pasto opaco come normalmente entro le 24 ore dall'ingestione; però il passaggio di esso nell'ampolla e la defecazione non si provocano che dopo un tempo più o meno lungo. In tale forma si possono dare varie possibilità: il cieco o l'ascendente possono restare ripieni per un periodo più o meno lungo (forma totale); in altri casi il vuotamento del cieco e dell'ascendente è più o meno rapido e il pasto ristagna specialmente nel trasverso e nel discendente (forma trasversale o intermedia);

in altri casi il ristagno è quasi esclusivamente sigmoideo. Una suddivisione però in forma totale, trasversale, sigmoidea e distale propriamente detta (quando il sigma viene raggiunto entro le 24 ore e il vuotamento del cieco e dell'ascendente è rapido) è superflua, giacchè in tutte queste forme il fattore patogenetico dominante deve per lo più attribuirsi ad un ostacolo al riassorbimento dell'acqua; al più si potrà fare una riserva per la forma totale o subtotale, alla cui patogenesi debbono intervenire anche i fattori descritti a proposito della stitichezza prossimale.

La funzione fondamentale del colon distale è quella del riassorbimento dell'acqua e si comprende perciò che i processi infiammatori e ulcerativi che turbano i suoi meccanismi regolatori sono quelle che con maggior frequenza si accompagnano a diarrea.

Una delle cause fondamentali che disturba un rapido riassorbimento dell'acqua e quindi non consente quel grado di consistenza atto a determinare il rilasciamento del tono delle fibre circolari del trasverso e discendente a funzione sfinterica è costituita da un rallentamento del circolo portale. Questo potrà dipendere da ostacoli nel circolo intraepatico stesso per processi a carico del fegato o da qualunque causa che aumenti l'iperemia dei visceri addominali, per cui le vie di scarico diventano insufficienti; e ciò si comprende facilmente quando si pensi che le vie di afflusso dell'addome sono numerose e in condizioni di modificare rapidamente e con facilità la quantità di sangue che esse portano nei visceri da esse irrorate (o per processi infiammatori o perchè intervengono nella regolazione della pressione arteriosa o per l'iperalimentazione o per l'abuso di fumo o di sostanze eccitanti), mentre le vie di deflusso (vene sopraepatiche) hanno un letto più limitato e specialmente per il fatto che le condizioni d'iperemia suddescritte non sono per lo più in molti casi controbilanciate da un maggiore potere di aspirazione sul circolo addominale per la vita sedentaria che immobilizza quasi il diaframma. Quando si pensi che in tutte le condizioni dispeptiche che determinano la stipsi prossimale, per la congestione del fegato si determini un rallentamento del circolo intraepatico, si comprende come la stipsi distale si associ e complichi e aggravi spesso la precedente. Se la stasi però è permanente e di alto grado, come si verifica nella cirrosi, non tardano a manifestarsi fatti catarrali secondari che si accompagnano a diarrea.

Il sigma, per le sue anastomosi colle vene emorroidarie inferiori, può supplire attraverso alla vena cava inferiore alla riutilizzazione dell'acqua ed ecco perchè la stitichezza distale è quasi sempre prevalentemente sigmoidea.

Risulta in modo così evidente dalle mie esperienze l'importanza che ha il grado di iperemia venosa del colon sul tono degli sfinteri, che questo concetto non ha bisogno di ulteriori delucidazioni. Questa facilità di riutilizzazione dell'acqua da parte del sigma fa sì che le feci diventano troppo secche e perciò determinano una esagerazone del tono dello sfintere retto-sigmoideo fino a uno stato spastico, come si può rilevare alla sigmoscopia: si verifica cioè, come abbiamo visto per la stipsi prossimale, che un fattore utile può divenire dannoso se la sua azione si esercita in modo esagerato.

Le stipsi sigmoidee che si determinano con questo meccanismo, per il circolo vizioso che determinano, possono divenire ostinatissime: l'iperproduzione di muco vitreo, che si osserva in tali casi e che costituisce una esagerazione della funzione normale del sigma (funzioni lubrificante), può rappresentare in qualche caso la base di una colite muco-membranosa. Le feci possono ristagnare nel sigma anche tre o quattro giorni e le piccole quantità che passano nel retto attraverso lo sfintere contratto presentano aspetto di feci di capra (è la stitichezza spastica degli antichi) e non sono per lo più atte a provocare il riflesso della defecazione, ovvero determinano la defecazione incompleta (stipsi larvata).

Nei casi di stitichezza distale l'esame sigmoscopico porta molta luce, perchè, accanto allo spasmo sfinterico, dimostra un grado di congestione molto accentuato, come si rileva dall'aspetto cianotico della mucosa. Il consiglio che si dà abitualmente nei casi di stitichezza di stare sul vaso alle stesse ore insistendo in sforzi di defecazione, esagerando le condizioni suesposte, può riuscire perciò dannoso in tali forme di stitichezza. Anche la lunga stazione eretta è un fattore che può esagerare questo ristagno, come pure lo stare seduti lungamente specialmente in un lavoro intenso con limitazione delle escursioni respiratorie.

In genere si considerano le emorroidi come la conseguenza della stitichezza, ma nella massima parte dei casi la stessa causa (congestione addominale) favorisce sia l'una che l'altra condizione morbosa: però ambedue possono, esercitando un'azione dannosa reciproca, aggravarsi, determinando così un circolo vizioso.

Come abbiamo rilevato a proposito della stitichezza prossimale, le cause antagonistiche possono agire nello stesso senso; così, oltre a un lento riassorbimento dell'acqua, anche un troppo rapido disseccamento delle feci nel colon, come si ha nelle profuse sudorazioni, nella poliuria, nella limitazione della introduzione di acqua, nei processi febbrili può favorire una stitichezza per la difficoltà alla progressione delle feci lungo il trasverso e il discendente.

La stasi venosa del colon resta però una delle cause fondamentali di questo tipo di stitichezza.

Dischezia. — Normalmente la ripienezza dell'ampolla rettale provoca una serie di riflessi, che vanno dal retto-colico al rilasciamento degli sfinteri anali e al rilasciamento dello sfintere retto-sigmoideo, a cui si aggiunge la spinta volontaria dei muscoli addominali e del diaframma: in molti casi per l'anestesia rettale il riflesso manca e le feci si accumulano nell'ampolla talora in tale quantità, che è necessario un vuotamento manuale nei vecchi o negl'individui degenti in letto da molto tempo. In altri casi è lo spasmo dello sfintere retto-sigmoideo che permette solo la fuoriuscita di piccole scibale, che col loro scarso volume non sono in grado di provocare il riflesso; questa forma naturalmente rientra nella forma di stitichezza distale. Qui osserviamo frequentemente il fenomeno della stitichezza incompleta o larvata: i pazienti dopo la defecazione hanno la sensazione che essa sia stata insufficiente, sensazione che è giustificata; difatti un clistere praticato dopo la defecazione permette la fuoriuscita di notevole quantità di feci solide e secche. Esiste infine un terzo meccanismo determinante la stitichezza terminale o dischezia ed è dovuto a uno spasmo dello sfintere rettale secondario a ragadi o noduli emorroidari.

Nel primo caso il riflesso retto-colico non si provoca per una insensibilità della mucosa e per scarsa contrattilità del colon.

Per alcuni autori la dischezia dipenderebbe dal trascurare fin da ragazzi la regola della defecazione, per cui la sensibilità rettale si ottunde: se così fosse la dischezia sarebbe molto più frequente di quello che s'incontra praticamente. Teoricamente però ciò è possibile anche perchè nel trattenere la defecazione si può avere uno spostamento a ritroso delle feci che possono in alcuni casi giungere fino al colon trasverso: tali condizioni, se ripetute a lungo, possono perciò disturbare il normale funzionamento del colon distale. Però non bisogna dimenticare che, in vista di tale pericolo, spesso si consiglia d'insistere in lunghi e spesso inani sforzi di defecazione, che, aumentando la congestione addominale, possono esagerare il disturbo.

L'essermi diffuso a lungo sul fattore alimentare e sulle alterazioni del riassorbimento dell'acqua nelle genesi della stitichezza non significa volere affermare che tali fattori siano gli unici; l'importanza che scaturisce dalle considerazioni esposte dimostra però che nel problema della stitichezza essi rappresentano un fattore dominante, tanto più che il riassorbimento dell'acqua, come risulta dalle mie ricerche, è intimamente connesso colla velocità della circolazione addominale, la quale regola anche le proprietà elementari della fibrocellula muscolare liscia. La stipsi anafilattica probabilmente è da riferirsi ad uno spasmo delle ramificazioni portali intraepatiche e quindi rientrerebbe nella forma suddetta.

Ho anche accennato all'importanza dei fattori individuali e costituzionali sia dovuti a prevalenze o deficienze endocrine che alla maggiore o minore quantità di ione calcio circolante nel sangue: essi possono intervenire esaltando e neutralizzando l'azione dei fattori alimentari o circolatori. Così, per esempio, sappiamo che, perchè si provochi il riflesso gastro-colico, è necessario un notevole grado di eccitabilità delle fibrocellule muscolari del cieco e dell'ascendente dipendente da condizioni insite nelle fibrocellule muscolari stesse o da esaltazioni di essa per cause chimiche. A proposito di riflesso gastro-colico bisogna anche accennare che, finchè non sarà bene studiato sperimentalmente il meccanismo delle ripercussioni sulla motilità del colon di organi lontani, non bisogna attribuirle senz'altro a fenomeni riflessi, giacchè può non trattarsi di fatti riflessi ma di fenomeni di altra natura: così per esempio il riflesso gastro-colico per alcuni non sarebbe un vero riflesso, ma dipenderebbe dalla propagazione della peristalsi gastrica fino al colon per inibizione della zona di blocco situata nella valvola ileo-cecale: così molte stitichezze in rapporto ad affezioni della cistifellea o dei genitali femminili, attribuite abitualmente a fatti riflessi, potrebbero dipendere dallo stato di iperemia da esse determinato sulle pareti del colon.

Anche i rapporti che esistono tra stitichezza e affezioni del sistema nervoso centrale molte volte sono complessi e il loro meccanismo ancora sfugge all'analisi.

Stipsi e colite. — La stitichezza che si accompagna talora alla colite cronica va trattata a parte perchè si può trovare in una zona di confine tra le forme organiche e le funzionali. Un lieve stato catarrale del colon può esagerare il tono sfinterico e quindi determinare un tipo di stitichezza che è del tipo con cui frequentemente si presenta la stitichezza abituale. Da queste forme si passa per gradi agli stati spastici infiammatori, alle pericoliti e alle stenosi organiche. Data però la difficoltà di distinguere le lievi forme di colite e il grado lieve di infiammazione del colon che si accompagna alla stitichezza abituale (sia per il ristagno di materiale non digerito ed irritante o per l'uso continuato dei purganti) si comprendono le difficoltà delle diagnosi e dell'indirizzo terapeutico: difficoltà che possono essere superate solo con studio

accurato e sereno del caso all'infuori di preconcetti o semplicismi non fondati su base scientifica.

TERAPIA.

Dal punto di vista terapeutico risalta subito all'occhio dalle considerazioni suesposte che, qualunque sia il meccanismo che è a base della stitichezza, una igiene alimentare è il fondamento della cura, perchè le alterazioni digestive che modificano l'ambiente interno intestinale e provocano stasi e iperemie viscerali, anche se di per sè non bastano in alcuni casi a giustificare il disturbo, l'aggravano sempre.

L'ostinazione a voler curare ogni tipo di stitichezza coll'introduzione di sostanze inerti come agar-agar o un eccesso di cellulosa in molti casi aggrava il disturbo: ogni individuo ha un *optimum* di digeribilità dei vari alimenti che va saggiato caso per caso: ad ogni modo un aumento della introduzione dei grassi e sopratutto dell'olio di oliva (che come colagogo favorisce la decongestione epatica e quindi il circolo addominale) è in qualche caso indicato. La cellulosa in forte quantità la consiglieremo esclusivamente nelle stitichezze del tipo prossimale se non esistono fatti infiammatori: ma quando non si ottengono risultati rapidi e duraturi è meglio abbandonarla. Diffidare poi dei preparati farmaceutici che si dicono a base di sostanze inerti, come l'agar-agar, che dovrebbero agire per il volume, giacchè la dose che se ne somministra è talmente piccola che si è costretti a mescolare con lassativi che a lungo possono essere pericolosi. Se bastasse una sostanza inerte per sè a stimolare la defecazione, il solfato di bario somministrato per l'esame radiologico dovrebbe costantemente provocare diarrea. Uno studio coprologico può in qualche caso orientare sul tipo di alimentazione che deve predominare, deducendolo dalla quantità e dalla qualità dei residui indigeriti.

Una scelta razionale del tipo di alimentazione, se vale in modo speciale nelle stitichezze del tipo prossimale, ha una importanza notevolissima anche in quelle del tipo distale, perchè la congestione dei visceri addominali è quasi sempre la conseguenza di un'alimentazione inadeguata e si accompagna costantemente a un ostacolo al circolo portale.

I due tipi estremi delle costituzioni morfologiche, il longitipo e il brachitipo hanno uno scarso potere di aspirazione toracica e quindi sono esposti ai pericoli di una stitichezza distale che si stabilisce o si esagera quando intervengono altri fattori ad esaltarla, quali la vita sedentaria, l'alimentazione incongrua, l'abuso del fumo e dei purganti. Nel periodo postbellico si è verificato un aumento della stitichezza in quegl'individui che, abituati ad una vita attiva e conseguente iperalimentazione, furono poi costretti ad una vita sedentaria. In molti casi una limitazione dell'alimentazione ed un modico esercizio fisico, che attivi la funzione aspiratrice del torace e sviluppi la funzione diaframmatica, può determinare scomparsa dei disturbi. La ginnastica respiratoria metodica fatta secondo i vari metodi non è adatta al temperamento di noi italiani; è opportuno perciò consigliare un esercizio attraente, come tennis, calcio, canottaggio; quando questo non sia possibile, è meglio consigliare delle passeggiate quotidiane per combattere i pericoli del sedentarismo determinati dalla facilità dei mezzi di trasporto, quali automobile e ferrovia. Le stitichezze dei viaggi in ferrovia sono un fatto di osservazione quotidiana e sono quasi sempre dovute a congestioni addominali; basta pensare alla frequenza dell'erezione del pene che si osserva nei lunghi viaggi, specialmente se fatti in immobilità più o meno completa.

Il massaggio addominale che si consiglia costantemente in tutti i trattati non credo abbia alcuna importanza terapeutica nella stipsi: in seguito alle manovre palpatorie non si osserva mai nel colon la minima progressione del contenuto come qualche volta si vede all'esame radiologico per lo stomaco, dove un massaggio adeguato può favorire il passaggio gastroduodenale.

Se nei pletorici ipernutriti è consigliabile la dieta e il digiuno, bisogna ricordare che in molti casi l'iponutrizione mantiene la stitichezza; molte stitichezze dei melanconici, hanno questa genesi. Un'alimentazione costituita quasi esclusivamente di materiale di facile assorbimento, specialmente in individui di forte potere digestivo, porterà le stesse conseguenze.

Oltre al fattore alimentare e all'attivazione del circolo refluo-addominale bisogna tenere in considerazione i fattori che possono agire sulla eccitabilità della fibrocellula muscolare: accenno qui solo all'uso della tiroidina. In individui che nella seconda metà della vita e nella menopausa tendono ad ingrassare e presentano un abbassamento del metabolismo basale, una secchezza della cute e una facile stanchezza è giustificato un tentativo con piccole dosi di tiroidina; ciò non significa voler identificare la stitichezza coll'ipotiroidismo come alcuni vorrebbero. Dalla mia esperienza risulta che il numero dei malati che risentono vantaggi dall'uso della tiroidina per la loro stitichezza è eccezionale: lo stesso posso affermare per l'ipofisina, che secondo alcuni avrebbe il potere di esaltare i grandi movimenti del colon.

La stipsi premestruale è forse più in rapporto colla congestione addominale che con un vero disturbo endocrino.

Il calcio in alcuni casi esagera la stitichezza; in casi di stati spastici infiammatori si vede però qualche volta attenuarla.

Teoricamente sarebbe l'ideale curare la stitichezza senza l'uso di lassativi, purtroppo però non se ne può fare a meno, anzitutto perchè si conoscono ancora troppo poco le condizioni che regolano la progressione delle feci lungo il colon, di cui io ho cercato di mettere in luce solo alcuni aspetti, secondo me, più importanti, e poi perchè i malati vengono già dal medico dopo avere abusato di tutte le risorse meno adeguate e meno fisiologiche per ovviare al disturbo. Perciò in molti casi non si può fare a meno di ricorrere ai lassativi o ai clisteri; è dovere del medico però sceglierli a seconda del loro meccanismo di azione e del tratto del colon su cui hanno azione elettiva.

La distinzione perciò nelle grandi linee in stitichezza prossimale o distale, oltre che giustificata dal punto di vista della fisiologia e fisiopatologia, ha una grande importanza dal punto di vista terapeutico, non solo per una direttiva igienico-dietetica come abbiamo visto testè, ma anche per la terapia medicamentosa. In linea di massima si può dire che mentre i lassativi sono indicati specialmente nelle forme di stitichezza prossimale, i clisteri trovano le loro indicazioni nella stitichezza distale, però possono anche adoperarsi in forme di stitichezza prossimale, mentre gli altri nelle forme di stitichezza a tipo prevalentemente distale possono essere inutili o dannosi.

I purganti salini nella stitichezza cronica abituale, specialmente le cure generose fatte nelle stazioni balneari, sono per lo più dannosi, e, usati a lungo, determinano sempre processi infiammatori che si osservano anche dopo il lungo uso della magnesia usta che è il più blando di tutti i purganti salini. Si osserva costantemente in seguito al loro abuso aumento di stitichezza, emorroidi e disappetenza. Per cure di breve durata, specialmente associate a brevi periodi di digiuno, possono essere indicati sopratutto nelle affezioni epatiche e renali. Nelle stitichezze mantenute da una congestione dei visceri addominali somministrati a piccolissime dosi (una punta di cucchiaino ogni due o tre mattine di sali di Karlsbad) possono portare talora vantaggi per l'azione decongestionante che hanno sul fegato.

Il principio con cui agiscono i purganti salini è ben noto dal punto di vista farmacologico; esso è basato sul fatto che, mentre i cloruri, bromuri e ioduri passano con grande facilità attraverso le pareti intestinali, a meno che non si tratti di soluzioni fortemente ipertoniche, molti sali alcalini e sopratutto terrosi, non solo si assorbono con difficoltà, ma impediscono che l'acqua esistente nell'intestino, venga assorbita; se la loro azione si limitasse a questo, potrebbero rappresentare una cura ideale della stitichezza in rapporto colla pletora addominale, perchè, aumentando attivamente la massa intestinale, provocherebbero un riflesso mienterico limitato prevalentemente al colon distale; però bisogna tenere in conto l'azione irritante, non solo delle soluzioni stesse, ma dei prodotti di scomposizione dei solfati per opera dei batteri intestinali che producono idrogeno solforato, che ha un'azione molto irritante sulle pareti dell'intestino.

I lassativi meno dannosi sono quelli del gruppo dell'antrachinone, quali cascara, rabarbaro, senna e aloe e fenoftaleina e loro derivati (peristaltina, istizina, cascarol): la loro scelta va molto regolata secondo le idiosincrasie individuali. Essi esplicano la loro azione sulle ultime porzioni dell'ileo e sul colon prossimale, come risulta dalle mie ricerche radiologiche: rappresentano perciò i lassativi ideali nella stipsi prossimale.

Oltre a un'azione leggermente irritante sulla mucosa, tanto che con piccole dosi si rende manifesto il riflesso gastro-colico, come risulta dalle mie osservazioni, con dosi lassative deve intervenire uno stimolo nella muscolatura e conseguente svuotamento rapido del tenue che provoca un grande movimento pe ristaltico.

Se esiste una stipsi prevalentemente distale tali rimedi in molti casi o non sono efficaci o provocano dolori. Non sono in grado però di provocare fenomeni inffiammatori: questi sono frequenti nel gruppo dei drastici, (coloquintide, podofillina, olio di croton, ecc.), che hanno un'azione fortemente irritante sulla mucosa intestinale e quindi il loro uso deve essere consigliato solo per brevi periodi, giacchè possono determinare anche emorragie ed essudato purulento.

E' dovere del medico di conoscere la composizione delle infinite pillole per consigliare ai pazienti quelle a base di rabarbaro, senna, fenolftaleina, alternandole nella loro somministrazione: limitando in modo speciale la fenolftaleina che col lungo uso può determinare lesioni renali od epatiche. Quindi, meno casi eccezionali, i lassativi ideali sono rappresentati dal rabarbaro, senna e cascara, a cui si deve aggiungere l'olio di ricino, che, a piccolissime dosi, in tutte le forme di stipsi prossimale si può consigliare senza danno: il suo meccanismo di azione è ben noto e si esplica specialmente sul tenue senza irritarlo in virtù della dissociazione operata dal succo pancreatico che lo scinde in glicerina e acido ricinico; la parte oleosa non scissa e saponificata per azione della bile aiuta meccanicamente l'azione purgativa lubrificando e proteggendo il tenue.

Dell'olio di paraffina e sue preparazioni oggi in gran voga io non posso dirmene un entusiasta, almeno nelle stitichezze del tipo ascendente, dove, trattandosi di materiale liquido, non c'è bisogno di lubrificazione: difatti spesso i pazienti si lamentano della sua

fuoriuscita non accompagnata da emissioni di feci; per le stipsi del tipo distale, dove una lubrificazione potrebbe essere utile, mi domando se vale la pena di somministrare un prodotto nauseante, quando si può supplire con piccoli clisteri oleosi che esplicano un'azione diretta spesso definitiva: prescindo naturalmente dalle preoccupazioni finora teoriche, finchè le statistiche non avranno provato il contrario, della disposizione al cancro che i derivati del catrame favorirebbero.

Nella stitichezza del tipo distale ma spesso anche in quella prossimale, alternata coi lassativi, una terapia consigliabile è quella dei clisteri. Come si può osservare radiologicamente, la somministrazione di acqua per clistere determina un rilasciamento immediato, non solo delle zone sfinteriche, ma di tutta la muscolatura circolare del colon, che perciò assume l'aspetto di un salsicciotto uniforme; per azione di massa e per la dilatazione brusca che determina, provoca un riflesso mienterico a cui segue la defecazione.

I clisteri debbono essere di acqua semplice o di infuso di camomilla; l'aggiunta di sapone o altre sostanze irritanti, può usarsi solo in piccola dose e in via transitoria. Nelle stitichezze del tipo sigmoideo, caratterizzate dalla estrema secchezza delle feci, conviene praticare le piccole pere di olio, a cui si aggiunge dopo un certo tempo un clistere di acqua, se il primo non ha dato risultato. Purtroppo l'uso dei clisteri urta contro la difficoltà dell'incomodo che provocano, e perciò sono sempre meno preferibili per i pazienti alla somministrazione di una pillola lassativa, ma siccome essi esercitano un'azione definitiva terapeutica, specialmente quelli di olio, conviene praticarli per brevi periodi alternati a lassativi leggeri o associati a somministrazione di olio di paraffina.

In casi di dischezia a tipo spastico s'impone la cura delle emorroidi o delle ragadi: nel tipo atonico suppositori di glicerina che esaltino la sensibilità del retto, spesso alternati a lassativi per rendere più eccitabile il colon: non bisogna però abusare di glicerina che può determinare proctiti. In qualche caso ottimi risultati si hanno coll'uso di microclisteri di acqua ossigenata al 3 per mille, che possono consigliarsi anche nelle forme di stipsi discendente.

Speciali indicazioni terapeutiche richiedono le stipsi complicate (emorroidi, coliti etc.) su cui sarebbe troppo lungo diffondermi.

Le conclusioni a cui portano le mie considerazioni sono le seguenti:

1) La stitichezza solo in alcuni casi è l'espressione di un eccesso di digestione che va curata con abbondante introduzione di cellulosa. Questo sistema di cura in moltissimi casi è inutile e in qualche caso anche dannoso;

2) spessissimo la stitichezza è la manifestazione di una digestione incompleta, è un meccanismo di difesa dell'organismo e la vediamo in tali casi spesso alternarsi a diarrea: in tali casi una selezione degli alimenti e forse la somministrazione di fermenti digestivi attenua, meglio che altri mezzi, il disturbo;

3) in alcuni casi la stitichezza è dipendente da una alimentazione inadeguata: un orientamento netto dell'alimentazione in un senso carnivoro o vegetale può dare dei risultati insperati; non bisogna ad ogni modo trincerarsi dietro i pregiudizi dei pericoli di una alimentazione carnea. L'alimentazione carnea è dannosa quando è eccessiva, ma se moderata, in alcuni individui, forse in stato di scarsa evoluzione funzionale dell'apparecchio digerente, è la sola tollerata;

4) molte stitichezze guariscono attivando la circolazione addominale; non bisogna mai dimenticare che il territorio di irrorazione dell'addome è illimitato per quel che rappresentano le vie di afflusso e a risorse non molto estese per quel che si riferisce alle vie di deflusso;

5) quando si sospetta un rallentamento degli scambi nutritivi, sopratutto se esiste un abbassamento del metabolismo basale, conviene tentare la tiroidina;

6) data la saltuarietà dei grandi movimenti peristaltici spontanei è bene educare l'alvo alle defecazioni alla stessa ora per favorire la produzione di riflessi condizionali, ma non insistere in sforzi inefficaci;

7) non somministrare lassativi senza aver prima provato a lungo una cura igienico-dietetica;

8) come lassativi ricorrere meno che sia possibile ai lassativi salini per la paresi o le infiammazioni che determinano consecutivamente: evitare i drastici. Meglio ricorrere ai lassativi del gruppo dell'antrachinone alternativamente ai clisteri, che dovranno invece dominare nelle stitichezze distali. Non abusare di lassativi negli iponutriti, dove alcune volte un'alimentazione ricca cura la stitichezza.

Una cura razionale della stipsi deve rivolgersi alle cause determinanti e sopratutto a una perfetta utilizzazione degli alimenti.

Risolvere il problema con operazioni sui nervi è antifisiologico e gli effetti sono puramente transitori; lo stesso si deve dire per le colectomie, meno nei casi in cui esista un ostacolo meccanico. Se la stitichezza abituale nella massima parte dei casi rappresenta un meccanismo di economia fisiologica è naturale che l'organismo cercherà, finchè gli sarà possibile, di utilizzare dopo gl'interventi le risorse di cui dispone e spesso osserveremo condizioni uguali alle precedenti, talora aggravate.

TECNICA CHIRURGICA

Clinica Chirurgica della R. Università di Cagliari.

La Mc. Burney trasformata in incisione a lembi.

Prof. G. Baggio.

Ho inteso spesso lamentare che l'incisione di Mc. Burney apra una breccia troppo limitata, la quale obbliga a lavorare entro un pozzo, il più delle volte sulla sola guida del tatto anzichè su quella della vista. E, in verità, se ci si riferisce ad operazioni per appendicite anzichè ad appendicectomie, bisogna riconoscere che il rimarco è giusto.

Ma bisogna pure risconoscere che la Mc. Burney ha, di contro, il grandissimo vantaggio di essere un'incisione eminentemente topografica.

Gran parte della facilità operatoria — sia quale si vuole l'operazione da eseguirsi — dipende dall'incisione di accesso. Questa, a sua volta, tanto più risponde allo scopo quanto più corrisponde esattamente al campo operatorio in profondità.

Ora, la Mc. Burney cade sul cieco: dal cieco si trova certamente l'appendice, per quanto possa avere impianto anomalo o direzioni strane; e se si pensa che alle volte bisogna ricercarla prima di trovarla, pure avendo il cieco fra le dita, si deve convenire che il dirigersi all'appendice attraverso una incisione che guidi direttamente al cieco equivale battere la via migliore.

Perciò io uso, e ho sempre usato la Mc. Burney, apprezzandola tanto più quanto più sono complesse le alterazioni che essa mi palesa: e non capisco invece la distinzione che fanno alcuni operatori, di usare la Mc. Burney per l'appendicite a freddo, la pararettale per l'appendicite a caldo. Ma, se per operare a caldo intendiamo pure, come si deve intendere finchè è possibile, asportare l'appendice, maggiormente si dovrà mirare in tali circostanze a raggiungere quest'organo per la via più breve: che è quella che abbiamo detto, cioè la via diretta al cieco, mentre la pararettale ci porta invece medialmente al cieco, in piena massa del tenue, che bisogna spostare a sinistra. Se, invece, all'intervento si chiede di dominare ampiamente la flogosi due sono le evenienze che possono presentarsi: o la flogosi ha sconfinato dalla fossa iliaca e dal fianco, e in tal caso non è più da una pararettale che si può giungere allo scopo, ma sarà necessaria l'incisione mediana; o si tratta ancora di una peritonite circoscritta a destra, e in questo secondo caso è sempre dalla regione del cieco che torna opportuno iniziare le nostre manovre.

Difatti, la dissociazione dei fasci muscolari del piccolo obliquo e del trasverso, che forma il tempo fondamentale della Mc. Burney può essere completata dall'incisione pararettale. In tal modo si ottiene uno spazio assai ampio e si realizza in primo tempo il beneficio di orientamento e di risparmio per le zone limitrofe, che alla sola pararettale non si sarebbe potuto chiedere.

Ora, preparare questa associazione delle due incisioni secondo il concetto più anatomico, e nello stesso tempo ricavare dalla Mc Burney tutto lo spazio che può dare in profondità da sola — spazio assai maggiore di quello che si ricavi di solito — furono i due obbiettivi che mi guidarono quasi inavvertitamente ad utilizzare la incisione in modo alquanto diverso dall'usuale: per cui si realizza la relativa trasformazione accennata nel titolo di queste pagine, e consistente nella formazione di lembi.

Più precisamente, è uno il lembo che dà caratteristica alla mia esecuzione, ed è un lembo di cute e di aponevrosi e anche di fasci muscolari, del grande obliquo, risultante da un'incisione arcuata con convessità laterale, in luogo dell'incisione rettilinea. Al pari di questa, anche l'incisione arcuata è alquanto obliqua, col ramo inferiore dell'arco parallelo all'arcata crurale, ed ha il suo punto di mezzo all'altezza e in prossimità della spina iliaca anteriore-superiore. Il lembo aponevrotico viene scollato dal sottostante piano del piccolo obliquo e dal margine laterale della guaina del muscolo retto fin dove l'aponevrosi si fonde con questa guaina. Allora, con piccola trazione divaricante sul margine laterale dell'aponevrosi, ossia della breccia aponevrotica, si mette allo scoperto tutta l'estensione trasversale del piccolo obliquo e della sua aponevrosi che passa a far guaina al retto.

Su questo piano ampiamente esposto si pratica il tempo fondamentale dell'incisione, cioè si apre la via trasversa a spese dei muscoli suddetti, della fascia transversalis e delle aponevrosi per le quali i muscoli stessi vanno ad inguainare il muscolo retto, si pratica cioè un'apertura che si estende esattamente dalla spina iliaca anteriore superiore alla linea di fusione dell'aponevrosi del grande obliquo con la guaina del retto.

Se ora si divaricano e si sollevano i margini di questa breccia trasversale, si può scol-

lare agevolmente la fascia transversalis dal peritoneo, in alto e in basso, e si mette allo scoperto una estensione di peritoneo sufficiente per una incisione longitudinale di esso che misuri dieci e più centimetri. Naturalmente, il rilasciamento muscolare deve essere completo.

Attraverso una breccia peritoneale di questo genere si possono compiere agevolmente, sotto il controllo visivo, tutte le manovre richieste per una qualsiasi flogosi di appendice in sede normale.

Se, invece, l'appendicite si estende molto in alto o molto in basso, in particolar modo se ha sede latero-posteriore rispetto al cieco e direzione ascendente, oppure se è disposta di traverso ed è fissata col suo apice verso la linea mediana, si può godere ancora del beneficio del controllo visivo incidendo verso l'alto o verso il basso o medialmente. Le incisioni in alto ed in basso formano altrettanti lembi angolari a spese del secondo strato della parete addominale.

Ma per l'agevolazione che viene data dal lembo aponevrotico soprastante, anche queste incisioni sussidiarie possono essere eseguite con qualche artifizio di utilità. Le incisioni longitudinali vengono eseguite cioè, non sulle aponevrosi del piccolo obliquo e del trasverso, ma sulle due pagine del muscolo retto, sulla pagina anteriore prima e sulla pagina posteriore o sulla fascia transversalis poi, quando il muscolo sia stato spostato medialmente. L'incisione trasversale è favorita dalla scopertura del muscolo retto eseguita in precedenza.

Il lembo del grande obliquo permette già originariamente una discreta estensione delle incisioni longitudinali, ma se essa non fosse sufficiente, non si ha che da ampliare quel lembo in alto o in basso come si voglia.

Ora, l'incisione sulle due pagine della guaina del retto ha il vantaggio — rispetto all'incisione pararettale propriamente detta — di una ricostruzione più solida, e il lembo del grande obliquo aggiunge un duplice beneficio: 1° di coprire le sottostanti suture lasciandole lontane da quella che sarà la sua sutura, il che equivale a dare ai singoli piani la loro resistenza distinta anzichè quella di una cicatrice in massa; 2° di lasciare eventualmente spazio per drenaggio nel punto ove il drenaggio è più efficace e disturba meno: vale a dire in corrispondenza dell'angolo laterale della breccia muscolare trasversa. Questo è il punto dove il drenaggio disturba meno, perchè più lontano dalla cavità addominale e perchè provvisto di muscolo più spesso, cosicchè, anche dovendosi mantenere il drenaggio a lungo, si stabilisce, in definitiva, una cicatrice robusta e non compromessa da pressione cavitaria; è poi anche il punto nel quale il drenaggio riesce più efficace, perchè da esso si domina lo spazio cieco-parietale, dove il pus si raccoglie più liberamente, e nello stesso tempo da esso può fuoriuscire il drenaggio anche se disposto più lontano e nella direzione che si desidera.

Il punto ora detto corrisponde alla metà marginale del lembo aponevrotico del grande obliquo e la breccia di drenaggio si ricava da un'interruzione della sutura ricostruente. Se per caso l'incisione fosse caduta troppo medialmente all'estremo dell'apertura muscolare sottostante, non si ha che da intaccare trasversalmente il margine della breccia aponevrotica, e il parallelismo fra questo piano e quello di sotto è ottenuto.

Non mi sarei dilungato a mettere in evidenza questi particolari se dovessero costituire la sola giustificazione di quel poco per il quale la tecnica ora esposta si differenzia dalla tecnica usuale di tale operazione.

Il pregio maggiore che io riconosco all'accedere all'appendice attraverso un'incisione a lembi, invece che attraverso la solita incisione lineare obliqua, è questo: che, avendo sott'occhio ampiamente il muscolo piccolo obliquo e la guaina del retto, si è indotti facilmente ad ingrandire la breccia, nel modo che ho detto, tutte le volte che lo spazio ottenuto dall'apertura trasversale dei muscoli non sia suficiente a mettere in luce l'intera lesione da dominare; mentre, invece, per i guasti che derivano dall'ampliare l'originaria incisione rettilinea del grande obliquo, non vi si ricorre che nei casi in cui proprio non si possa farne a meno; e ciò, checchè se ne voglia dire, nuoce ai buoni risultati dell'intervento.

Desidero ricordare a questo proposito soltanto un caso: un'appendicite operata a freddo, in cui trovai l'appendice situata lateralmente, diretta in alto e lunga. Attraverso la breccia semplice non potevo raggiungerne l'apice. Ampliai allora in alto, formando il lembo angolare, e, mercè lo spazio così ottenuto, potei vedere che l'apice dell'appendice era incastonato in una breccia del peritoneo parietale posteriore. Quando lo liberai, da quell'apertura uscì una cucchiaiata e più di pus che proveniva dalla fossa iliaca. Avendo la breccia sott'occhio, mi fu facile impedire che il pus si diffondesse, e, assorbitolo, mi

fu possibile drenare direttamente la sua sede d'origine, attraverso la comunicazione con la cavità peritoneale. Se, invece, avessi liberato l'appendice operando alla cieca, mi sarei visto inondare il campo operatorio di pus senza che potessi precisarne la provenienza, e quindi avrei riparato molto meno completamente.

L'obbiettivo al quale si ispira questa breve pubblicazione rientra dunque in un concetto generico, fondamentale: che, cioè, la chirurgia deve far tesoro di tutto, risparmiando quanto più può, ma non lesinando alcun mezzo che sia necessario a perseguire intero il suo compito e con sicurezza.

Ecco allora che si giustifica anche il dettaglio che per altre ragioni potrebbe sembrare superfluo.

RIASSUNTO.

L'A. illustra una modalità di eseguire l'incisione di Mc. Burney per averne il maggiore spazio e per ampliarla, quando occorra, nella maniera più anatomica.

LAVORI ORIGINALI.

Istituto di Clinica Medica della R. Università di Catania
diretto dal prof. LUIGI FERRANNINI.

L'istamina e il sondaggio frazionato a digiuno nello studio della funzionalità gastrica

per il dott. ANTONINO LONGO, aiuto vol.

I metodi di esame della funzionalità gastrica basati sugli effetti del pasto di prova, vanno sempre più perdendo di importanza. Si è notato che questi metodi sono disgustosi e molesti o sono di poca efficacia a stimolare la secrezione gastrica, specialmente quando il pasto è ricco di amido e povero di albuminoidi. A prescindere da ciò c'è da osservare che la estrazione unica si presta poco bene all'esame completo dello stomaco, perchè non fornisce dati sufficienti a giudicare la quantità di succo secreto, in quanto non è improbabile che parte di succo sia già passato nel duodeno. Ma sopratutto il succo così estratto è tutt'altro che puro e si presenta poco omogeneo per presenza di residui alimentari in vario periodo di digestione.

Ad ovviare ad alcuni di questi inconvenienti, l'Ehrmann, nel 1914, propose un nuovo metodo fondato sul potere eccitante delle soluzioni deboli di alcool.

Questo autore faceva ingerire cc. 350 di una soluzione di alcool al 5 % facendo la estrazione dopo mezz'ora. Molti consensi ha avuto il metodo, anche dopo che Silva Mello lo modificò in parte con l'aggiunta di gr. 0,05 di salicilato di sodio onde meglio potere apprezzare il potere evacuante dello stomaco. Per alcuni AA. questo metodo è da preferirsi ai comuni pasti di prova per il fatto che essendo un pasto liquido offre dei grandi vantaggi per l'esame delle sostanze solide estratte con il liquido e anche perchè la prova microscopica riesce più agevole.

Altri AA., invece, non sono riusciti ad ottenere una secrezione più attiva con questo metodo. Per Sanfilippo, l'alcool ha un'azione inibente sulla secrezione gastrica e Chiabrera conclude, dalle sue ricerche, che l'alcool è uno stimolo troppo debole e produce una lieve ebbrezza alle persone non abituate all'alcool. Oltre al fatto che l'alcool riesce eccitante sulla motilità dello stomaco, per cui sono più frequenti i riflussi duodenali, tali da falsare i risultati (Buchner, Ogata), non è chi non vede come con questo metodo si vengono a ripetere i difetti dei pasti di prova.

Mentre con i metodi sopra cennati l'estrazione si faceva ad ora fissa, Hayem, convinto che la secrezione gastrica doveva essere studiata nei suoi vari periodi, propose il metodo di controllare il processo digestivo, in tutto il suo sviluppo, con analisi su piccole quantità di contenuto gastrico estratto ogni 15 minuti o con il metodo del sondaggio a permanenza. Questo ultimo metodo è stato largamente valorizzato da Rehfuss, il quale consigliò per primo l'impiego della sondina di Einhorn, modificata in modo da potere estrarre il contenuto gastrico dopo la somministrazione del pasto di Ewald. Questo metodo, però, presenta l'inconveniente di maggiore difficoltà di estrazione, per la facile otturazione dei fori dell'oliva senza ovviare all'altro della mescolanza del succo con il liquido ingerito.

In generale tutti i metodi con introduzione di sostanze solide o liquide, ripetono il difetto fondamentale del miscuglio del succo gastrico con le sostanze ingerite, venendo così a sfuggire l'apprezzamento della quantità e della qualità del succo che lo stomaco è capace di secernere. Oltre a ciò in stomaci iposecernenti, tanto il pasto di Ewald, quanto i vari pasti liquidi, riescono generalmente poco eccitanti e poco adatti a differenziare le vere dalle false achilie.

Alcuni autori (Fuld, Finkelstein) hanno trovato che alcune sostanze, come il rosso neutro,

il bleu di metilene, introdotte nei cani per via sottocutanea, possono attraversare la mucosa gastrica ed essere rinvenute nel succo gastrico. Secondo Glaessener, Wittgenstein, Gutmann e Konn, che per primi hanno sperimentato il metodo nell'uomo, il rosso neutro compare nel succo gastrico nei sani dopo 11-15 minuti primi; negli ipercloridrici dopo 7-8 m'; ritardato o non compare negli ipo ed anacloridrici.

Questi metodi però si è visto che non si prestano bene allo studio della funzionalità gastrica, in quanto molto ampie oscillazioni sono state riscontrate nei tempi di eliminazione, non solo nei diversi individui, ma anche nello stesso individuo. Ma con questi metodi, oltre a ciò non si viene a tenere conto dei complessi fenomeni riflessi che tanta importanza hanno sulla secrezione gastrica; essi ci informano solo sul potere di eliminazione della sostanza colorante attraverso la mucosa gastrica, che è ben lungi dall'identificarsi col potere di secrezione attiva.

Girardi ha notato che la sola sondina a contatto della mucosa gastrica, a stomaco vuoto, provoca per eccitazione meccanica di contatto una secrezione di succo cloro-peptico nel 90 % dei casi che reagiscono alla eccitazione alimentare del pasto di Ewald, ed asserisce in base a sue osservazioni che la quantità di succo avuto con il sondaggio frazionato con la sola eccitazione meccanica è in rapporto con lo stato anatomico della mucosa, subordinato alla motilità e tonicità dello stomaco, e può variare da pochi a 200 cc. e più in 60 m'. Ha descritto 4 tipi di curve cioè diagrammi rappresentanti il ciclo digestivo e in cui i valori in acidità sono segnati su delle ordinate e conteggiati in gradi, mentre il tempo, calcolato in minuti primi, è segnato su un'ascisse. Così ha descritto una curva ascendente continua; una a discesa ritardata, una continua, una ad ascesa ritardata, curve che rappresentano, secondo l'autore lo stato funzionale della mucosa gastrica in quanto concerne la sua potenzialità secretiva e possono paragonarsi a quelle che si ottengono con l'estrazione frazionata dopo somministrazione del pasto di prova di Ewald.

Alquanto contraddetti sono stati i risultati del sondaggio frazionato a digiuno e molto criticate sono state, per quanto riguarda il loro valore diagnostico, le così dette curve di secrezione, per la impossibilità di indicare una curva che fosse caratteristica dei normali. Scimone e recentemente Smirnow, Bogdassaraw, Tchuakanow, in base a loro ricerche, concordemente a Girardi, considerano il sondaggio prolungato a digiuno come un fattore agente in larga misura sulla funzione secretoria dello stomaco.

Recentemente un nuovo metodo è stato proposto e largamente sperimentato per lo studio della secrezione gastrica. Popielsck, Rothlin, Gundlack, avevano notato nei cani che l'istamina aveva la proprietà di stimolare la secrezione gastrica, ma Garnot, Koskovisch, Libert furono i primi a sperimentarla nell'uomo.

L'istamina che può trovarsi nei prodotti di putrefazione o quale prodotto intermedio del ricambio delle sostanze proteiche, anche nell'intestino umano, chimicamente è una B-imidoazotilamina e può ricavarsi per carbossidazione dall'istidina.

La iniezione di un cc. della soluzione al millesimo di cloridrato di istamina è capace di provocare nell'individuo normale una secrezione gastrica abbondante (cc. 100 e più) di liquido puro, chiaro, limpido con notevole quantità di HCl libero. La secrezione, secondo Boutier si inizierebbe dopo 10-15 m' dalla iniezione di istamina raggiungendo il massimo dopo 30', per poi diminuire mano mano. La curva della quantità secondo Barco può anche presentare due massimi verso il 45' e il 60'; la curva dell'acidità totale e dell'acido cloridrico libero dimostra prima un rapido aumento e si ha poi il ritorno alla norma in un modo molto più lento.

Il meccanismo di azione dell'istamina è alquanto controverso.

Rothlin e Gundlach, in cani con stomaco alla Pawlow ottennero con la istamina le stesse modificazioni motorie e secretorie che si hanno per eccitazione del vago; Fedeli e Carnovaro, pur ammettendo la importanza del vago, ritengono che la vasodilatazione della mucosa gastrica per effetto dell'istamina, influisce sulla secrezione; Rolando Ricci ha notato una vera infiltrazione emorragica della parete dello stomaco. Barco con varie esperienze sui cani ha potuto notare che l'istamina eccita la secrezione gastrica dopo la sezione sia dei vaghi sia del simpatico gastrico, sia di ambedue, ma con la persistenza dei vaghi la secrezione è più abbondante e conclude che il meccanismo di azione della istamina è alquanto complesso e svolto principalmente eccitando il vago per quanto il simpatico e i centri autonomi dello stomaco non ne vengano esclusi e non ammette un'azione diretta sulle ghiandole e sulla motilità dello stomaco.

Per questa sua azione eccito-secretiva, l'istamina è stata utilizzata nell'esame della funzio-

nalità gastrica a preferenza dei comuni pasti di prova, perchè fornisce succo gastrico puro, evita tutti gli inconvenienti rimproverati ai pasti di prova e può far differenziare le vere achilie dovute ad un'alterazione profonda della mucosa, dalle false in cui la scarsa secrezione è dovuta più ad insufficienza di stimolo.

Non si disconosce che l'istamina determina anche disturbi, quale ipotensione, a volte notevole, rossore al viso, cefalea; e per ovviare a questo si consiglia di aggiungere alla istamina 1/4 di mmg. di adrenalina, la quale, da canto suo, pare non disturbare il processo di secrezione da istamina.

*
**

La prova dell'istamina è così entrata nella semeiologia gastrica, ma non se ne è fatto uno studio comparativo, specialmente di fronte al sondaggio frazionato a digiuno, e sistematico nelle varie condizioni fisiologiche e patologiche, indagando come l'istamina agisce tanto immediatamente dopo che si è svuotato lo stomaco dal pasto di Ewald al 60' dalla ingestione, quanto 4-5 ore dopo, allorchè lo stomaco si è completamente svuotato nel duodeno e ciò per vedere se lo stomaco, che già aveva esaurito il suo ciclo digestivo da stimolo alimentare fosse in grado di rispondere e come ad un ulteriore stimole.

Ho proceduto al sondaggio dello stomaco con la sondina di Einhorn; si svuotava completamente lo stomaco (a digiuno già da non meno di 8 ore) subito dopo introdotta la sondina e poi ogni 15' dopo iniezione di cc. uno della soluzione al ‰ di cloridrato di istamina e per un'ora di seguito; veniva calcolata la quantità di ciascuna estrazione, non che lo HCl libero e l'acidità totale mediante il metodo di Töpher. Premetto che la introduzione della sondina in pochi casi ha prodotto nausea e conati di vomito molto forti da non potersi procedere al sondaggio: nella maggioranza dei casi, specie dopo adeguata preparazione psichica del paziente, il sondaggio veniva tollerato con il minimo di disturbo.

In 7 soggetti normali l'istamina ha dato un quantitativo di succo gastrico oscillante fra cc. 92 e cc. 195 in 60'. Solo, dopo 15' era possibile estrarre succo gastrico che si faceva sempre più abbondante, fino ad avere un massimo, per lo più al 30', in qualche caso al 45', per poi discendere fino al 60'. In un solo caso la secrezione gastrica ha presentato due massimi, al 30' e al 60'. Il rigurgito di bile si è presentato precoce alla prima estrazione in due casi, per scomparire nelle altre estrazioni, in altri due si è presentato al 45'. Il succo estratto si presentava limpido con qualche fiocchetto di muco, specie nelle prime estrazioni.

Il quantitativo di HCl libero e di acidità totale ha oscillato fra un massimo di 3,19 ed un minimo di 2,04; l'acidità totale fra un massimo di 4,25 ed un minimo di 2,10. Il loro massimo è stato riscontrato al 30' in tre casi, al 45' in due casi; in altri due casi si sono avuti due massimi al 30' e 60'; e al 15' e al 45'; in quasi la metà dei casi il massimo di HCl libero e di acidità totale corrispondeva al massimo della quantità estratta.

RISULTATI NEGLI STATI PATOLOGICI.

De Benedetti ha potuto riscontrare che gli ipercloridrici reagiscono alla istamina con una secrezione più abbondante e più acida di quella ottenuta a digiuno e con la colazione di Ehrmann, rimanendo inattiva l'istamina nei casi di anacidità da colecistite cronica, nell'achilia da anemia perniciosa. Barco nell'ulcera gastrica ha ottenuto secrezione abbondante e prolungata col massimo in un tempo relativamente breve; la curva presentava una sola sommità, l'acidità restava lungamente elevata e la quantità di HCl libero secreto era superiore alla norma; Barco asserisce che negli stati ipercloridrici il tasso di acidità con l'istamina raggiunge cifre elevate, ma la quantità di succo sarà sempre minore di quello ottenuto nei casi di ulcera gastrica.

Nel cancro dello stomaco mentre per alcuni AA. (Moretti, Barco, ecc.), la istamina non riesce attiva, altri hanno rinvenuto HCl libero in quantità variabile forse in rapporto alla ubicazione del carcinoma, alla estensione e alla data di insorgenza della neoplasia (Boas, Hayem, De Benedetti, Loeper).

Dalle mie ricerche su 10 soggetti affetti da ulcera gastrica è apparso che il quantitativo di succo estratto non è di gran lunga superiore a quello che si ottiene nei normali: cc. 60 in un caso, ed oscillante fra cc. 105-235 negli altri; in un solo caso sono stati estratti cc. 325. Vere ipersecrezioni non si sono verificate nei casi da me studiati.

Quantità non molto diverse si sono avute in casi di ipercloridria.

Questi dati contrastano con quelli denunziati da Girardi, per il quale l'ipersecrezione è il sintoma più costante che si accompagna ad una sintomatologia dolorosa ed all'ulcera gastrica indipendente dai valori di acidità.

Lo HCl libero ha oscillato negli ulcerosi fra

un minimo di 3 ed un massimo di 4,19 e l'acidità totale fra un minimo di 3,10 ed un massimo di 5,22.

Negli ipercloridrici lo HCl libero ha oscillato fra un minimo di 2,25 ed un massimo di 4,38; l'acidità totale fra 3 e 4,59. Il massimo di secrezione si è verificato negli ulcerosi alla prima estrazione, cioè dopo 15' dall'iniezione di istamina; in un solo caso si sono avuti due massimi al 15' e al 60'.

Negli ipercloridrici l'effetto istaminico si è verificato un po' più tardivamente al 30'-45' e non è stato riscontrato sincronismo nelle varie estrazioni fra il reperto di HCl libero e di acidità totale e il quantitativo di succo estratto. In alcuni casi di ulcera gastrica, anzi, ad una minore quantità di succo corrispondeva un aumento di HCl libero.

In due amebiasici e in un caso di colecistite cronica non calcolosa si è avuto un succo gastrico, per quantità, HCl libero ed acidità totale non molto dissimile da quello dei soggetti normali.

In due casi di carcinoma gastrico con la prova dell'istamina si è ricavato poco (20-40 cc.) succo con assenza di HCl libero e di acidità totale; in un altro si ebbero cc. 60 di succo in un'ora, leggermente tinto in rosso, con un massimo di HCl libero di 1,25 e di acidità totale di 2,30, come talvolta capita.

LIQUIDI ESTRATTI CON IL SONDAGGIO FRAZIONATO A DIGIUNO.

Dopo aver svuotato completamente lo stomaco, lasciando in sito la sondina di Einhorn e raccomandando al paziente di far defluire liberamente la saliva dalle labbra, è possibile dopo 15' estrarre succo gastrico variabile da caso a caso e così dopo 30'-60'. Si ha così un succo limpido, con qualche fiocchetto di muco, che può esere abbondante in casi di catarro mucoso dello stomaco; a volte tinto leggermente in rosso, nei casi di mucosa gastrica facilmente sanguinante; spesse volte, nel 66 % secondo Scimone, nel 45 % secondo Girardi di un colorito giallo verdastro per riflussi di bile dal duodeno.

La quantità di succo estratto nello spazio di un'ora è oscillato fra 30-90 cc. nei soggetti da me esaminati e il quantitativo di ciascuna estrazione è stato vario nei diversi individui; così mentre alcuni presentavano il massimo di secrezione al 15' (secrezione pronta) altri al 45' (secrezione ritardata). In generale si è avuto il massimo al 30' per poi diminuire gradatamente fino al 60'.

Nei gastropatici ho avuto quantità variabilissime di succo a seconda l'alterazione della mucosa. Le cifre più elevate sono state da me riscontrate in soggetti affetti da ulcera gastrica (cc. 200-210), ma ugualmente alte le ho rinvenute in casi di ipercloridria (cc. 115-140). Non è stato infrequente riscontrare cifre anche basse in casi di ulcera radiologicamente accertata; così in un soggetto ho potuto estrarre cc. 48, e 70 in un altro. Il massimo di secrezione non si è verificato in ugual periodo di tempo, così mentre alcuni lo presentavano al 15', altri affetti dalla stessa lesione anatomica, lo presentavano al 45' ed altri ancora presentavano due massimi al 15' e al 45'; da ciò si deduce quanto artificiose e di scarsa pratica utilità sono le curve di secrezione, in quanto poco ci possono illuminare sullo stato effettivo della mucosa gastrica. Il quantitativo di HCl libero e di acidità totale da me ottenuto con il sondaggio frazionato a digiuno, senza alcun pasto di prova, è alquanto variabile da caso a caso anche in uguali alterazioni della mucosa. Per lo più i valori massimi sono stati da me rinvenuti in casi di ulcera gastrica, per quanto ciò non sia infrequente anche negli ipercloridrici. Il massimo di HCl libero e di acidità totale non è corrisposto ad una secrezione più abbondante, solo in due casi di ulcera gastrica e in due di ipercloridria ciò si è potuto verificare.

Negli affetti da carcinoma gastrico, da me esaminati, il sondaggio prolungato a digiuno si è dimostrato insufficiente a stimolare la secrezione gastrica in quanto non sono riuscito ad estrarre in un'ora che pochi cc. di succo con assenza di HCl libero e di acidità totale.

Da uno sguardo generale sul sondaggio gastrico prolungato a digiuno, appare come il metodo riesca utile nello studio della funzionalità gastrica. È un metodo consigliabile per quanto Galli lo giudichi indaginoso e causa di sofferenza agli ammalati, senza voler considerare se la secrezione ottenuta con il sondaggio sia di natura esclusivamente meccanica (Girardi), o non sia la risultante di reazioni complessive dello stomaco, considerato questo come organo intimamente connesso ai centri vegetativi e psichici all'atto del sondaggio (De Benedetti).

Volendo raffrontare poi i risultati dell'esplorazione dello stomaco ottenuti con il sondaggio frazionato a digiuno, con quelli ottenuti con l'istamina, appare, a tutta prima, una notevole differenza, in quanto con l'istamina riusciamo ad ottenere cifre molto più elevate

sia per la quantità di succo estratto sia per lo HCl libero e l'acidità totale. Ma se facciamo un esame più particolareggiato e tenendo conto che non vi può essere identità fra i due stimoli, appare come le due serie di risultati siano parallele. Difatti uno stomaco che è capace di secernere succo gastrico abbondante e chimicamente attivo con il sondaggio frazionato a digiuno, risponde all'istamina fornendo succo gastrico più abbondante e più ricco di HCl libero e di acidità totale. Specialmente evidente appare il parallelismo in casi di ipercloridria e di ulcus.

In linea generale lo HCl libero e l'acidità totale, sono quelli che si rendono più manifesti in seguito allo stimolo istaminico, più che non avvenga con il sondaggio frazionato a digiuno. Lo stimolo è dunque più potente di quello del sondaggio frazionato a digiuno.

*
* *

Si sconosce il comportamento dello stomaco allo stimolo istaminico, quando già in precedenza è stato stimolato col il pasto di prova. Le ricerche che ho intrapreso, per consiglio del mio Maestro, sono state condotte su 10 soggetti di cui 3 normali, uno affetto da gastrite cronica, uno da amebiasi, 3 ipercloridrici (luetici), due affetti da ulcera gastrica.

La tecnica eseguita è la seguente: ad un soggetto a digiuno da circa 12 ore si somministrava la colazione di Ewald, si svuotava lo stomaco con la sondina di Einhorn dopo 60', misurando la quantità di succo gastrico estratto e determinando lo HCl libero e l'acidità totale. Dopo accurato lavaggio per assicurarmi che lo stomaco non contenesse più residui alimentari, si iniettava la istamina e si procedeva all'estrazione con il metodo ordinario, ogni 15' e per 60'.

Allo stesso soggetto, il giorno dopo si somministrava il pasto di Ewald, si sondava lo stomaco dopo 4-5 ore, quando cioè lo stomaco si era completamente svuotato nel duodeno, e dopo un accurato lavaggio si iniettava istamina e si procedeva con la solita tecnica.

Nella seguente tabella sono riportati in breve i risultati ottenuti e in cui le cifre rappresentano, per quanto riguarda la quantità, il succo estratto al 60' per il pasto di Ewald e la somma delle estrazioni fatte ogni 15' per le due prove di istamina. Le cifre di HCl libero (HCL) e di acidità totale (AT) rappresentano il massimo ottenuto nello spazio di un'ora.

Il fatto che a prima vista, più risalta dall'esame di questo secondo gruppo di ricerche è che il quantitativo di succo ottenuto con lo stimolo istaminico immediatamente dopo l'estrazione del pasto di Ewald al 60' è di gran lunga maggiore di quello ottenuto con lo stesso stimolo istaminico, quando già lo stomaco si era completamente svuotato nel duodeno. Questa differenza si è presentata in tutti i soggetti esaminati, eccetto in uno in cui si verificò il contrario (n. 3). Negli ipercloridrici e negli affetti da ulcera gastrica la differenza è molto più notevole che nei normali e nei dispeptici ipocloridrici. Il fatto, in generale, potrebbe interpretarsi ammettendo che lo stimolo alimentare persistesse ancora, pure essendo lo stomaco assolutamente libero da frustoli alimentari asportati già con il lavaggio.

Nome e cognome	Diagnosi		p. Ewald	istamina subito dopo	istamina dopo 4-5 ore
A. Cesare	normale	cc.	140	240	215
		HCl	1,09	3.65	3,67
		AT	1,99	4,19	4,01
L. Carmelo	Idem	cc.	70	182	162
		HCl	0,25	2.92	2,19
		AT	1,02	3	2,92
P. Luigi	Idem	cc.	60	130	185
		HCl	0,50	3,54	4,75
		AT	1	4 01	5,10
L. Giuseppe	gastrite cronica	cc.	210	142	115
		HCl	1,28	2,92	2,92
		AT	2,37	3 46	3,47
M. Elvira	amebiasi	cc.	150	69	59
		HCl	0,86	2,37	1,46
		AT	0,73	2,92	1,38
B. Mario	iperclo luetica	cc.	130	317	180
		HCl	2:19	4,19	4,38
		AT	3,65	4,56	4,90
A. Luigi	idem	cc.	115	300	175
		HCl	2	3.75	3,65
		AT	2,75	4	4
N. Antonio	idem	cc.	140	350	250
		HCl	2,50	4,05	3,75
		AT	2,75	4,50	4
B. Luigi	ulcera gastrica	cc.	110	250	181
		HCl	0,95	4,90	4,19
		AT	2.59	5,18	4,56
S. Salvatore	idem	cc.	150	325	250
		HCl	2,75	3,80	3,80
		AT	3	4	4,25

In un solo caso, amebiasico (n. 5), lo stimolo istaminico ha dato un quantitativo di succo inferiore in confronto al pasto di Ewald, ma molto più attivo. Probabilmente la scarsa secrezione deve riportarsi ad un esaurimento secretivo della mucosa.

Per quanto riguarda l'HCl libero e l'acidità totale, nei normali non si sono avuti risultati concordi. In un solo caso (n. 1) la mucosa gastrica ha risposto ugualmente allo stimolo

istaminico nell'una e nell'altra prova; in un altro caso (n. 2) lo HCl libero si è presentato leggermente diminuito alla seconda prova, corrispondente ad una diminuzione della quantità di succo.

Negli ipocloridrici da gastrite cronica e da amebiasi, lo stimolo istaminico provoca uguale risposta da parte della mucosa nelle due prove; in un solo caso (n. 5) ad una minore secrezione è corrisposta una diminuzione dello HCl libero nella seconda prova (da 2,92 a 1,46) e dell'acidità totale (2,92 a 1,88). Negli ipercloridrici e negli affetti da ulcera gastrica, la risposta dello stomaco all'istamina, nelle due prove, è stata notevole, ma anche in questi casi con risultati non sempre costanti e per HCl libero e per acidità totale.

È ovvio che non vi può essere identità fra i due stimoli (istamina, pasto di Ewald) e quindi era presumibile che lo stomaco avrebbe reagito all'istamina dopo essere stato stimolato con il pasto di Ewald. Quello che appare dalle mie ricerche è che lo stomaco non ha presentato fenomeni di esaurimento della secrezione tanto se stimolato subito dopo estratto il pasto di prova, quanto 4-5 ore dopo, poichè per quantità e qualità i reperti non sono stati dissimili da quelli ottenuti da uno stomaco precedentemente non stimolato. Le ricerche sarebbero state molto più dimostrative se il primo stimolo fosse stato rappresentato anzichè dal pasto di Ewald, dalla istamina stessa. Per ragioni di opportunità non si potè seguire questa via, poichè essendo brusca la reazione prodotta dall'istamina, non era prudente sottoporre l'organismo ad una nuova reazione, quando la prima era già appena finita. Pur tuttavia le mie ricerche riescono intelligibili, in quanto dimostrano la capacità dello stomaco a reagire a stimoli successivi.

Le mie ricerche mi permettono di concludere che:

1° La prova dell'istamina riesce utile in Clinica per lo studio della funzionalità gastrica nei vari stati morbosi. Essa, al confronto con gli altri metodi fin'ora in uso, è la sola capace di fornire succo gastrico puro, non diluito e in cui sono più attendibili le ricerche macroscopiche, microscopiche e chimiche.

2° Non è possibile anche con questo metodo tracciare dei quadri di funzionalità gastrica caratteristici dei vari stati morbosi dello stomaco e non riesce a fornire dati sufficienti a differenziare le forme dolorose da ulcera gastrica da quelle da ipercloridria semplice, in quanto uguali reperti di funzionalità gastrica, spesso sono riscontrabili nelle due sindromi. La istamina permette una netta differenziazione delle forme ipercloridriche dalle ipocloridriche e queste dalle acloridriche. Molte forme che con i pasti di prova comuni erano comprese nel quadro delle ipocloridrie, con la prova dell'istamina hanno presentato una funzionalità gastrica per quantità e per qualità simile a quella dei normali. Ma dove effettivamente la prova della istamina trova utile impiego è nel differenziare le ipo dalle acloridrie.

3° Il sondaggio frazionato a digiuno si presta anch'esso bene allo studio della funzionalità gastrica, ma da solo non è sufficiente a differenziare le ipo dalle acloridrie.

4° La mucosa gastrica è capace di reagire a stimoli successivi e diversi fornendo succo gastrico abbondante e chimicamente attivo e senza presentare fenomeni di esaurimento della sua funzionalità.

RIASSUNTO.

L'A. dopo aver passato in rassegna i più importanti metodi di esame della funzionalità gastrica, rilevandone i difetti di ciascuno, si sofferma, con particolare riguardo, sul metodo del sondaggio frazionato a digiuno dello stomaco e sul metodo dell'istamina.

Istituisce delle ricerche comparative, fra questi due metodi, e sistematiche nelle varie condizioni fisiologiche e patologiche dello stomaco.

Ha ricercato ancora il modo di comportarsi dello stomaco, che già aveva esaurito il suo ciclo digestivo da stimolo alimentare, ad un ulteriore stimolo istaminico.

Il complesso delle ricerche permettono all'A. di concludere che la prova dell'istamina dà i risultati più attendibili nello studio della funzionalità gastrica e che anche il sondaggio frazionato a digiuno si presta bene, ma non è sufficiente a differenziare le ipo dalle acloridrie.

La mucosa gastrica è capace di reagire a stimoli successivi e diversi senza presentare fenomeni di esaurimento della sua funzionalità.

BIBLIOGRAFIA.

BARCO. Minerva Med., 1927.
CARNOT, LIBERT. Pres. Med., 1925.
CHIABRERA. Min. Med., 1926.
DE BENEDETTI. Policl., Sez. med., 1927.
ID. Policl., Sez. prat., 1930.
GALLI. Folia med., 1929.
GILBERT, BERNARD, BOUTTIER. Paris médic., 1926.

GIRARDI. *Diagnostica clinica e funzionale.* Ediz. Min. Med.
GIRARDI e LUCCA. Min. Med., 1925.
GIRARDI. Min. Med., 1922-1923.
ID. Folia Medica, 1930.
GUTMANN, KONN. Mediz. Klin., 1927.
YCHOK. Presse Méd., 1926.
KARNOT, KOSKOWISCK, LIBERT. C. R. Soc. Biol., 18 marzo 1922; 25 marzo 1922.
LIBERT. Progrès Médical, n. 5, 1926.
MORETTI. Min. Med., 1927.
ROTHLIN e GUNDLACH. Arch. Inter. of Physiol., 1921.
SMIRNOW, BOGDSSAROW TOHONKANOVA. Arch. Mal. Appar. Digest., ecc., n. 3, 1930.
SCIMONE. Riv. Crit. Clin. Med., 1922.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE CIVILE DI TARQUINIA (VITERBO)

Contributo allo studio dei diverticoli appendicolari.

Dott. AUGUSTO BOTTO-MICCA, chirurgo primario.

L'appendice ileo-cecale, sana o malata, può presentare dei diverticoli, veri o falsi, congeniti od acquisiti, paragonabili in tutto ai diverticoli dell'intestino ed in particolare del colon.

I diverticoli veri congeniti sembrano estremamente rari: infatti sono noti soltanto i casi di Bochlechner, di Hedinger, di Schmincke e di Von Foykiss, mentre altri autori, pur avendo osservato un considerevole numero di appendici di neonati, non ebbero mai occasione di trovarne (Bérard e Vignard). Alcuni invece osservarono talora sul bordo mesenterico dell'appendice delle lievi prominenze mucose in corrispondenza dei punti di penetrazione dei vasi: molto probabilmente queste manifestazioni onfaloformi rappresentano degli abbozzi di tali diverticoli congeniti.

Accanto a questa varietà di diverticoli esistono i diverticoli veri acquisti per ernia della mucosa, indipendentemente dall'infiammazione dell'appendice. La patogenesi di questi diverticoli sembra doversi far rimontare ad una particolare disposizione anatomica dell'appendice ed a speciali condizioni del contenuto. Quando infatti si esamina una sezione longitudinale dell'appendice, si vede che i vasi contenuti nel mesenteriolo allo scopo di spargersi nello spessore della parete dell'organo passano attraverso la tunica muscolare in canalicoli, in cui si intromettono arteriole, vene e linfatici.

Il canale più largo occupa la punta dell'appendice e serve di passaggio alla branca terminale dell'arteria appendicolare ed alla vena omonima. Se l'evacuazione del contenuto del processo vermiforme è ostacolata da qualche causa, l'aumento della pressione nella cavità appendicolare provoca a poco a poco la formazione di piccolissime ernie della mucosa attraverso i fori dei condotti vascolari transmuscolari. Il diverticolo da ernia è intiero e, finchè non sarà la sede d'un attacco infiammatorio acuto, lo si riconoscerà per la sua mucosa sana, ricca in ghiandole di Lieberkühn, circondata da una sottomucosa normale e poco alterata con delle fibre muscolari liscie in strato più o meno sottile e discontinuo.

Nei diverticoli falsi invece, consecutivi a delle lesioni limitate di necrosi delle tuniche, la mucosa è ridotta ad un sottile strato di cellule cubiche, senza ghiandole, con perdita di sostanza dove la parete non è formata che da un tessuto di granulazione ricoperto dalla sola sierosa. Mentre i diverticoli da ernia si trovano normalmente sul bordo mesenteriale dell'appendice e comunicano col lume di questa a mezzo di uno stretto colletto, i diverticoli infiammatori hanno un orifizio di comunicazione largo e si trovano in qualsiasi punto del processo vermiforme.

I diverticoli da ernia si mostrano particolarmente propizi allo sviluppo d'un'appendicite diverticolare cronica od acuta (casi Bérard, Herb, Lejars, Pellier.....). Queste appendiciti non hanno caratteri clinici speciali, ma come nelle appendiciti banali la crisi acuta è preceduta da disturbi digestivi vaghi: senso di peso nella fossa iliaca, dolore alla pressione, dispepsia, costipazione, colite muco-membranosa. Sembra però che in questa categoria di appendicite si riscontrino più facilmente le forme fruste e che i sintomi clinici possano restare per lungo tempo attenuati anche quando i diverticoli sono sede d'un infezione estesa con minaccia di perforazione della sierosa.

Ai diverticoli sembra si avvicinino le dilatazioni cistiche dell'appendice, di cui Elbe nel 1909 in un importante studio d'assieme radunò 150 casi.

Queste cisti più frequentemente occupano la sola porzione distale dell'appendice, stenosata sotto la cisti stessa da un processo infiammatorio; il loro contenuto in genere è un liquido trasparente e sterile. Ma quelle, che presentano una particolarità tutt'affatto speciale, sono le cisti delle appendici *giganti* (Elbe, Slocker, Cipriani...) che possono raggiungere il volume di un pugno. Nei casi pubblicati queste cisti erano dovute ad un'obliterazione completa del lume appendicolare ad una distanza variabile dall'estremità libera del processo vermiforme. Il loro contenuto liquido, mucoso era sterile e conteneva dei rari microrganismi; la loro pa-

rete presentava la struttura dell'appendice normale, ma colle differenti tuniche appiattite, schiacciate, la mucosa press'a poco spoglia d'elementi linfoidi.

Abbastanza frequentemente sulla parete esterna di queste cisti si vedono emergere dei diverticoli, dovuti all'eccessiva pressione del contenuto mucoso ed all'indebolimento od alla distruzione locale di certi elementi delle tuniche, soprattutto degli elementi muscolari. Quando il numero dei diverticoli è considerevole, la neoformazione cistica viene a prendere un aspetto di grappolo d'uva non dissimile a quello assunto da certa cisti di appendici giganti, le quali sotto una membrana comune nascondono nell'interno una quantità di piccole cisti raccolte a grappolo.

Anche quest'affezione con o senza diverticoli clinicamente non manifesta che i semplici sintomi di un'appendicite banale acuta o subacuta.

Quando queste cisti si rompono versano il loro contenuto nella cavità peritoneale ed ivi continua a raccogliersi man mano che la mucosa appendicolare secerne quei grumi filanti, trasparenti, gelatinosi. Quest'affezione intravista da Péan nel 1871 nella sua « malattia gelatinosa del peritoneo » e chiamata da Werth (1884) « pseudomixoma del peritoneo » venne descritta la prima volta da Fränkel nel 1901 e fino al 1914 erano note 17 osservazioni con 21 casi descritti (Dialti).

Non v'è chi non veda la relazione intercorrente tra i diverticoli e le altre affezioni descritte, relazione più teorica che pratica, più macroscopica che microscopica, ma che indubbiamente ne serve ad indicare e precisare i punti di contatto.

Ciò premesso passo alla descrizione del caso di un diverticolo falso dell'appendice interessante dal lato istologico.

C. P. d'anni 36 da Tarquinia, caffettiere. Entra in ospedale il 27 agosto 1930.

Padre morto a 56 anni di malattia cardiaca, madre vivente e sana, tre fratelli e due sorelle viventi e sani.

Tranne i comuni esantemi dell'infanzia l'A. non ebbe ad accusare malattie degne di nota.

Cinque mesi fa in seguito ad un abbondante banchetto per una festa il paziente venne colto nella notte da violenti dolori addominali, irradiantesi dalla fossa iliaca destra a tutti gli altri quadranti. Chiamato un Sanitario, gli riscontrò difesa muscolare valida specialmente nella regione appendicolare, per cui diagnosticò trattarsi di attacco appendicolare e, dato che l'affezione appariva per la prima volta, consigliò una cura medica in attesa nel caso di un peggioramento o della manifestazione di una sopraggiunta peritonite di ricorrere alla via chirurgica. Vennero quindi praticate al paziente delle iniezioni di anestetici, dei clismi evacuanti e venne applicata in loco la borsa del ghiaccio. Con tutte queste cure il rialzo termico in breve andò diminuendo e le varie manifestazioni addominali scomparirono.

Due mesi fa l'A. ebbe a soffrire un'altra crisi, ma di molto attenuata rispetto alla prima, crisi che passò in un paio di giorni, seguendo le medesime prescrizioni della prima volta.

In questi ultimi giorni il paziente ebbe a soffrire di stitichezza. Ieri sera improvvisamente mettendosi a letto dopo aver consumato un pasto normale venne colto da forti dolori addominali, che partendo dalla fossa iliaca destra si irradiavano a tutto l'addome. Praticatosi subito un clisma evacuante (che diede esito a parecchie scariche abbondanti) ed applicatosi in loco prima il ghiaccio, poi, permanendo il dolore, il caldo, il paziente, vedendo che i disturbi perduravano, chiamò un sanitario, che diagnosticò trattarsi di un attacco appendicolare che per il suo frequente ripetersi (3ª volta in cinque mesi) richiedeva l'intervento chirurgico, appena fosse freddo; frattanto gli praticò un'iniezione di morfina e gli prescrisse il riposo a letto. Stamane l'infermo, visto che passata l'azione dell'anestetico ricompariva violento il dolore ed accusando nello stesso tempo notevole meteorismo, all'insaputa del medico prese una forte dose di olio di ricino, attribuendo tutte le presenti manifestazioni alla stitichezza dei giorni scorsi e quindi, nel suo ragionamento, purgandosi cioè togliendo la causa dolorifica, la guarigione sarebbe stata affrettata. Ma contrariamente alle previsioni del paziente i dolori anzichè scemare aumentarono tanto che persino gli stupefacenti si mostravano inetti a farli diminuire.

Frattanto alla suddetta fenomenologia si aggiunse anche rialzo termico 38°,5 e conati di vomito con emissione di liquido salivare misto a bile. Il medico, visto l'aggravarsi della situazione, credette opportuno consultare il Chirurgo ed ecco quindi perchè mi trovai in presenza dell'ammalato.

Esame obbiettivo. — Soggetto di costituzione scheletrica normale; stato di nutrizione abbondante, cute e mucose visibili ben irrorate.

Nulla all'apparato circolatorio, nulla al respiratorio.

All'ispezione l'addome appare globoso e teso uniformemente; alla palpazione si percepisce nettamente la tensione delle pareti prodotte da un considerevole meteorismo e si constata come la valida difesa muscolare, percepita alla pressione come localizzata alla sola fossa iliaca destra dal Medico nella sua visita di ieri, sia andata spandendosi a tutto il quadrante inferiore dell'addome tanto è vero che la pressione della fossa iliaca sinistra risveglia in quasi ugual misura detta difesa; il quadrante superiore invece non dà che dolore riflesso. Anche la palpazione della regione lombare destra in particolar modo nell'insenatura tra l'ala iliaca e la colonna vertebrale risveglia un vivo senso di dolore. La percussione dà in tutto l'ambito addominale un suono timpanico.

La febbre è salita a 39,5. Malgrado il purgante non si sono verificate scariche alvine.

Il rialzo termico, la stipsi ostinata, il vomito e le condizioni dell'addome fanno diagnosticare per una appendicite perforata con inizio di peritonite, per cui si consiglia al paziente il ricovero all'ospedale per un intervento d'urgenza.

Atto operativo (eseguito dal dott. Botto-Micca con assistenza del dott. Petroni). Narcosi con liquido di Schleich. Laparotomia con taglio alla Roux. Aperto il peritoneo si trovano gl'intestini in istato di notevole flogosi e nel cavo addominale considerevole quantità di liquido siero-purulento. L'appendice appare aderente colla sua estremità alla parte addominale posteriore; si distaccano tali aderenze per via ottusa e si eseguisce l'appendicectomia. Si lascia un drenaggio alla Mickulicz.

Decorso post-operatorio regolare: in 4ª giornata si toglie il drenaggio per sostituirlo con un tubo di vetro; in 12ª giornata si toglie definitivamente ogni corpo estraneo dalla breccia e si lascia cicatrizzare la ferita spontaneamente.

In 22ª giornata l'A. esce guarito.

Rivisto parecchie volte dopo l'A. non ebbe mai più ad accusare disturbo di sorta di origine addominale.

All'esame macroscopico l'appendice si presenta di color rosso intenso nella sua estremità distale ed in rosso-sfumante sino al rosa, man mano che si allontana dal suo apice, verso la porzione di inserzione intestinale. L'appendice nel suo apice appare perforata od almeno rotta forse per la lacerazione di qualche aderenza col peritoneo: è certo però che si vede chiaramente una soluzione di continuo, che coll'esame specillare mostra mettere in comunicazione l'esterno col lume del viscere. Senza dubbio è a questa aderenza e forse a questa breccia che è da far risalire la colpa della peritonite in atto. L'appendice della lunghezza di 6 cm. e della grossezza di un dito di adulto presenta a due centimetri circa dall'inserzione cecale una prominenza situata di fianco all'attacco mesenteriale, a superficie irregolare, del volume di un nocciolo di ciliegia. Il processo vermiforme presenta inoltre nella sua inserzione intestinale un'evidente stenosi. Specillata si vede che soltanto coi più fini specilli si riesce ad oltrepassare il cercine stenotico, ma non si può essere certi che il passaggio avvenga veramente per il lume appendicolare molto stenosato oppure se lo specillo appuntito oltrepassi la stenosi forando i tessuti.

Sezionata l'appendice lungo il suo asse maggiore si vede che la detta preminenza è formata da un diverticolo del diametro di 4 mm. comunicante colla cavità centrale dell'appendice; questa dilatata contiene un liquido con fiocchi albuminosi senza materie fecali nè calcoli.

All'esame microscopico delle sezioni trasversali dell'appendice e del diverticolo si vede che la parete del processo vermiforme dalla parte opposta a quella, in cui esiste la cavità diverticolare, appare costituita dalla sierosa peritoneale, da uno strato connettivo fibroso sottosieroso, dallo strato di cellule muscolari liscie longitudinali, dallo strato di fibre muscolari liscie circolari, dallo strato sottomucoso poco sviluppato e dalla mucosa, in cui si notano chiaramente l'epitelio cilindrico, lo stroma reticolare, numerosi noduli linfatici, la muscolaris mucosae e ghiandole tubulari. Se col girare il preparato si segue la configurazione della sezione e le sue particolarità istologiche, si vede che nel punto corrispondente all'origine della cavità diverticolare la tunica muscolare si atrofizza e si interrompe per lasciare il passo allo strato sottomucoso ed alla mucosa, che attraverso la suddetta interruzione erniano, andando a collabire direttamente collo strato connettivo fibroso sottosieroso e formando in tal modo la prominenza in istudio. La parete del diverticolo quindi resta formata da quattro strati: il sieroso peritoneale, che si continua con quello dell'appendice senza subire alcun cambiamento di costituzione, il connettivo fibroso sottosieroso, il sottomucoso ed il mucoso. Detti strati non mutano nella loro costituzione istologica, poichè conservano intatti i loro elementi essenziali: paragonandoli infatti con quelli della parte appendicolare normale si vede che essi ne mantengono intatta la costituzione, differenziandosi solo nello spessore: gli strati infatti del diverticolo appaiono sensibilmente più assottigliati ed in modo speciale l'epitelio sieroso e l'epitelio cilindrico della mucosa, le cui cellule appaiono appiattite come avessero dovuto subire un notevole sforzo da stiramento.

Tanto il tratto di mucosa appendicolare che quella diverticolare presentano i segni del processo infiammatorio in atto cioè un'intensa infiltrazione leucocitaria e la presenza di cellule giganti dalla forma variabile per lo più irregolarmente poligonale, protoplasma granuloso con nuclei rotondi in numero di 4, 10, 12 sempre riuniti in gruppo situato per lo più al centro.

L'esame microscopico delle varie sezioni ci fornisce la spiegazione dell'origine del diverticolo ed i dati per la sua identità.

Si vede infatti che questo diverticolo è formato dall'ernia della mucosa appendicolare attraverso una breccia della tunica muscolare della parete del processo vermiforme; l'aspetto delle sezioni riconduce la mente alla teoria del Brunn sull'origine dei diverticoli falsi. Già si è parlato della differenza tra i diverticoli veri acquisiti (conservanti la tunica muscolare) od i falsi assolutamente privi di questa e con variazioni di spessore negli altri strati. Secondo il Brunn il modo di formazione dei falsi diverticoli dell'appendice sarebbe il seguente: un processo infiammatorio acuto provoca una perforazione completa dell'appendice; la lesione non interessa la mucosa in modo molto esteso, i lembi di questa possono prolassare al di fuori della perforazione e nel periodo di risoluzione del processo suppurativo rivestire la cavità ascessuale attigua, formando così una cavità mucosa accessoria comunicante colla primitiva. Schweizer insiste sull'importanza dell'aumento di pressione interna sul meccanismo di produzione del diverticolo, perchè l'aumento di pressione determina ampliamento dell'orifizio della perforazione e quindi facilita l'estroflessione del lembo mucoso.

Il caso presente mostra particolarità degne di nota per la ricerca dell'origine del diverticolo. Si può domandare se questo è sorto soltanto in occasione di quest'ultimo attacco appendicolare o se già esisteva ed in tal caso quando e come ha tratto origine. Nell'esame istologico parecchie cose attirano particolarmente l'attenzione: anzitutto la completa rassomiglianza nella successione degli strati della

parete (ad eccezione dello strato muscolare presente in una parte mancante nell'altra) sia dell'appendice che del diverticolo, quindi la prima conclusione che il diverticolo non è un corpo estraneo, ma deriva direttamente dall'appendice e che è un diverticolo falso. La seconda osservazione, che si può fare, è che la tunica muscolare nel punto, in cui vi è l'interruzione, che rappresenta l'istmo per cui il diverticolo è attaccato all'organo d'origine, anzichè avere dei margini irregolari quasi fosse da poco lacerata, appare atrofizzata. Ora questo processo non ha potuto compiersi certamente nel breve periodo di quest'ultimo attacco appendicolare, ma deve aver principiato ben prima ossia durante il secondo attacco di due mesi fa o meglio ancora durante il primo di cinque mesi or sono. A comprova di ciò stanno anche l'aspetto appiattito dell'epitelio della sierosa peritoneale e dell'epitelio della mucosa del diverticolo. In questa particolarmente l'epitelio da cilindrico si è trasformato in piatto, metamorfosi che non può esser avvenuta di colpo durante il movimento erniante della mucosa, nel caso questo fosse avvenuto in quest'ultimo attacco.

Se ciò fosse stato, certamente la mucosa tesa per occupare la cavità diverticolare si sarebbe incrinata in qualche punto ed all'esame microscopico sarebbero apparse tali soluzioni di continuità. Una delle cause, a cui si può far risalire detto appiattimento dell'epitelio, è lo stato di tumefazione dell'appendice, che deve aver fatto stirare i tessuti ed in particolar modo gli epitelii, donde il suddetto aspetto; ma questa causa dà come implicita l'origine del diverticolo in tempo anteriore al presente attacco, altrimenti colla tensione della tumescenza, se i tessuti fossero erniati da poco e contemporaneamente, si sarebbero dovuti rilevare segni indubbii di lacerazioni. In conclusione si può asserire con molta attendibilità che il diverticolo in questione risale ai passati attacchi appendicolari. A quale dei due? Non è possibile precisarlo, però, basandosi sulle notizie anamnestiche e sulla fenomenologia soggettiva, che attestano il secondo attacco molto meno violento del primo, si resta di gran lunga più propensi a ritenere precisamente il primo attacco responsabile dell'origine di questo diverticolo.

Ammesso quindi che molto probabilmente il detto diverticolo risale al primo attacco appendicolare di cinque mesi fa, sorge spontanea la domanda del modo della sua insorgenza. Il Brunn ritiene necessario per simili formazioni la presenza di un'ulcerazione completa dell'appendice e ciò può darsi sia avvenuto anche nel caso nostro, ma l'esame attuale del preparato non rivela la presenza di alcuna cicatrice, che possa in qualche modo attestare la pregressa presenza di un'ulcerazione. Se questa vi fu, dovette esistere tanto tempo fa da permettere la rigenerazione completa dei tessuti e ciò starebbe a maggior comprova di quanto si è asserito prima circa il tempo dell'origine di tale diverticolo. Un'ipotesi, che potrebbe spiegare il meccanismo di formazione di questo diverticolo sarebbe questa, ossia che nel primo attacco appendicolare la tumefazione del processo vermiforme alla pressione interna siano state così notevoli da vincere la resistenza della tunica muscolare, da romperla in un punto ed attraverso questa breccia per l'aumentata pressione interna dell'organo la mucosa col suo strato immediatamente sottoposto sarebbe erniata divaricando ancor più le labbra della lacerazione muscolare ed impedendo colla sua presenza ogni possibile cicatrizzazione.

Sotto la spinta di questi due strati (mucoso e sottomucoso) ernianti, anche lo strato connettivo fibroso sottosieroso ed il sieroso sarebbero stati spinti in fuori, pur presentando una certa resistenza: di qui la loro integrità e la formazione a cappuccio intorno ai due strati più interni. Perdurando la pressione interna del viscere il diverticolo prese la forma attuale, giacchè in quel frattempo i tessuti stirati si erano venuti plasmando intorno alla cavità diverticolare mantenuta aperta dalla pressione interna appendicolare o a mezzo di gaz o con liquido di secrezione. Bisogna tenere a mente che il primo attacco appendicolare venne curato medicalmente e che la guarigione fu molto lenta; quindi quando questa avvenne, era già troppo tardi perchè i tessuti erniati potessero rientrare nella loro sede e riprendere il loro stato primitivo: essi mantennero la forma ricevuta. Perchè poi proprio in quel punto la tunica muscolare abbia dovuto cedere è difficile poterlo dire con sicurezza; è certo che ivi la tunica muscolare avrebbe presentato il *locus minoris resistentiae*, dondo la lacerazione. Tutto ciò, ripeto, rimane nel puro campo delle ipotesi, potendo nel futuro aver forse la conferma in altri casi del genere.

Alla domanda se il presente diverticolo può esser stato sede di un'appendicite cronica, riattivatasi due volte acutamente, non è possibile rispondere con attendibilità. L'esame istologico al riguardo è completamente muto, poichè i tessuti del diverticolo presentano patologicamente i medesimi caratteri di quelli dell'appendice: non si può quindi precisare a quale delle due parti si possa addebitare l'origine dell'attuale attacco. Sull'esame istologico

della parete diverticolare resta da osservare che le cellule giganti in essa trovate sia per i loro caratteri morfologici (nuclei al centro e non alla periferia) sia per la mancanza di cellule epitelioidi e della struttura propria del granuloma tubercolare, non possono interpretarsi come cellule giganti del tubercolo (anche la ricerca dei bacilli di Koch ha dato esito negativo). Esse vanno interpretate come elementi che non di rado si trovano nei tessuti di granuloma ed ai quali viene dai più attribuita un'azione fagocitaria.

Riepilogando: nel caso attuale si sarebbe osservato in un'appendice asportata a caldo ed aderente colla punta al peritoneo posteriore un diverticolo falso, la cui origine sembra da attribuirsi ad un altro attacco di cinque mesi prima mancando ai tessuti caratteri di una lesione recente. L'ipotesi che tale diverticolo derivi da un'ernia della mucosa appendicolare attraverso una breccia della tunica muscolare, che avrebbe ceduto per l'aumentata tensione interna, sembra accreditata dall'aspetto istologico e si baserebbe sull'opinione già espressa da Schweizer.

RIASSUNTO.

L'A. dopo aver esaminato le varie distinzioni tra i diverticoli appendicolari nelle loro diverse specie e tra questi e le cisti appendicolari, accenna fugacemente allo pseudomixoma peritoneale d'origine appendicolare, che trova delle predette affezioni una certa relazione. Emesse le varie teorie spieganti l'origine dei diverticoli appendicolari, l'A. descrive un caso a lui occorso, che esamina dettagliatamente dal lato istologico e basandosi su tale esame l'A. discute sul tempo, sul modo e sulla causa d'origine del diverticolo in questione enunciando un'ipotesi al riguardo.

BIBLIOGRAFIA.

ASCHOFF. *Ueber die Topographie der Wurmfortsatzentzündung.* Verhandl. der Deut. pathol. Gesellsch. 1904, p. 246.

BAMBICHLER. *Multiple Divertikeltingung in Processus vermiformis.* München, 1908.

BOCHLECHNER. *Diverticolo congenito dell'appendice torto sul peduncolo.* Zentr. f. Chir., 13 dicembre 1924, n. 50 (recens.).

BBUNN (von). *Ueber Divertikelbindung bei Appendicitis.* Beitr. z. Klin. Chir. Bd. 46, Hft. I, p. 67.

CAMERON. *Appendix schowing custic dilatation and stricture.* Glasgow med. Jour, 1903, p. 423.

CIPRIANI. *Un caso di appendicite gigante.* Gazz. d. Osp. e delle Clin., 8 dicembre 1929, p. 49.

CORNING. *Retention cyst and diverticulum of the vermiform. appendix.* Albany med. Annales, dicembre 1905.

DIALTI G. *Pseudo mixoma del peritoneo di origine appendicolare.* Clinica chirurgica 1914, 9, 1729-1775.

EDEL. *Ueber erworbene Darmdivertikel.* Virchow's Archiv. Bd. 138, 1914, 347.

ELBE. *Dilatazioni cistiche dell'appendice.* Beitr. z. Klin. Chir. 1909, 3.

ERLIKH S. *Two cases of peseudodiverticula in the appendix.* Pat. Anat. Kasuist. Kharkow Univ. 1902-03, Mosk 1904, 74.

FRANCO E. *Sulla istogenesi di alcuni diverticoli falsi dell'appendice cecale.* Riv. veneta di Scienze med. Venezia, 1912, 145-184.

FRÄNKEL. *Ueber das sogennante Pseudomixoma peritonei.* Münch. med. Wochen. 1901, n. 24; 21-28 maggio 1912.

GEIMANOVICH Z. *Cystoid diverticulum in the mesentery of the appendix.* Kharkow M. J., 1911, 422-425.

GRASER. *Ueber multiple falsche Darmdivertikel in der Flexura sigmoidea.* Münch. Med. Woch., 1899, n. 22.

HANSEMANN. *Ueber die Entstehung falscher Darmdivertikel.* Virchow's Arch., B. 144, 1896.

HEDINGER E. *Kongenitale Divertikelbildung in Processus vermiformis.* Ibid., 1904, 25-43.

HERB ISABELLA. *Diverticulum of the vermiform appendix.* Tr. Chicago Path. Soc., 1907-1908, 94-99. Am. M. Ass. Chicago, 1907, 2135-2137.

JOHNSTON G. *Diverticulum of the vermiform appendix with repert of a case.* Surg., Gyn. and Obst., Chicago, 1908, 614.

KELNYAK. *A contribution of the pathology of the vermiform appendix.* London, 1893, 60.

KONJETZNY G. *Zur Pathologie und Klinik der erwerbenen Wurmfortsatzdivertikel.* Münch. med. Wochensch., 1909, 2251-2254.

LARGET e LAMORE. *Volumineux Kyste de l'appendice iléo-caecal.* Soc. Anat. Paris, dic. 1925.

LEJARS F. *Les diverticules de l'appendice.* Semaine méd., 1911, 532-534.

ID. *Les pseudomixomes du péritoine.* Journ. d. Chir., 1913, 2, 229.

LEJARS e MENETRIER. *Diverlicules de l'appendice et appendicite diverticulaire.* Revue de Chir., n. 30, 1904, p. 469.

LEPOUTRE e DELATRE. *Un cas d'appendicite kystique.* Soc. d. Chir., Paris, 28-2-1929.

LIEBLIN. *Contrib. clin. al mucocele dell'appendice ed allo pseudomixoma d'origine appendicolare* Brun's Beitr. z. Klin. Chir., 7 agosto 1929.

LORRAIN. *Appendicite chronique et anomalies de l'appendice.* Arch. de méd. expérim. et d'anatomie path., nov. 1907.

MALATESTA R. *Contributo allo studio dei falsi diverticoli dell'appendice.* Il Policlinico, Sez. Chirurgica, 1908, 49-57.

MAZZINI. *Pseudomixoma del peritoneo d'origine appendicolare.* La Prensa Medica Argentina, n. 27, 28 febbraio 1923.

MERTENS. *Falsche Divertikel der Flexura sigmoidea und der Processus vermiformis.* Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Med. und Chir., 1902, 743.

MESLAY e PAUCHET. *Ectasie de l'appendice.* Gazette d. Hôpitaux, 1901, n. 80.

MUNDT. *Ueber Veränderungen der Muskelwand des Wurmfortsatzes.* Orth'sche Festschrift, 1903, 453.

OBENDORFER. *Scheimbidung in und um Wurmfortsantzdivertikel.* Verhandl. d. Deut. path. Gesell., 1906, 235-242.

OUTEBRIDGE. *Quattro casi di lesioni cistiche dell'appendice di probabile provenienza dell'endometrio.* Am. J. of Obst. and Gyn., 1925, 4, 545-552.

PALIERI. *Un caso raro di cisti appendicolare postifica.* Riv. d. Chir., Como, 1924, 3.
PELLIER. *Diverticules et kystes de l'appendice.* Journ. d. Chir., 1924, 4, 479.
POTHERAT. *Appendice avec diverticulum.* Bull. et mém. Soc. d. Chir., Paris, 1902, 1072.
REISS F. *Ueber falsche Divertikel des Wurmfortsatzes.* Heidelberg, 1907.
SCHMINCKE A. *Sui diverticoli congeniti dell'appendice.* Virchow's Arch. f. path. anat. und Phys., febbraio 1925, 3, 771-782.
SCHWEIZER. *Ueber Divertikelbildung bei Appendicitis.* Ibid., 1906, Heft 2, 278.
SEELIG M. *False diverticuls of the vermiform appendix.* Ann. Surg. Phila., 1906, 78-86.
SLOCKER. *Appendicite cistica.* Arch. espan. de enferm. d. apar. dig. y de la nutr., febbraio 1921, 2.
SPEESE J. *Pseudomixoma of peritoneum complicating intestinal obstrucion; caecotomy; recovery.* Inter. Clin. Philadelphia, 1917, 187.
STOUT. *Studio delle formazioni diverticolari dell'appendice.* Arch. of Surg., Chicago, maggio 1923, 3.
UPCOTT H. *False diverticula of the appendix.* Surg., Gynaec. and Obst., Chicago, 1908, 454-459.
VON FOYKISS. *Diverticoli congeniti dell'appendice* Zentr. f. Chir., 31-10-1925, 44 (recens.).
WALTER. *Diverticule de l'appendice et kystes para-appendiculaire.* Bull. et mém. Soc. d. Chir., Paris, 1900, 822.
WEGENER. *Occlusione intestinale da cisti mucosa dell'appendice.* Zentr. f. Chir., 2 maggio 1925, 18, 971-975.
WEINBERG. *Diverticules de l'appendice.* Bull. et mém. Soc. Anat., Paris, 1906, 474.
WERTH. *Pseudomixoma peritonei.* Arch. f. Gyn., 1884, 24; Journ. d. Chir., 1913, 2, 229.
WHITE C. *Diverticulum of the appendix.* Virginia M. Semi-Month. Richmond, 1914-15, 348-350.
WILSON. *Kystes de l'appendice vermiforme; contribution à l'étude du pseudomixome du péritoine.* The Lancet, 30 novembre 1912, e Journ. d. Chir., 1913, 2, 230.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI BELLUNO.

Appendicite acuta da tricocefalo.

Prof. GINO PIERI, chirurgo primario.

Molto si è discusso sulla influenza degli elminti nel determinismo della appendicite acuta, ma di solito si sono considerati da questo punto di vista solo gli ascaridi e gli ossiuridi. Del tricocefalo si sono trovate da alcuni le uova nel muco dell'appendice (Marziani, Letulle, Isabolinsky...) ma ciò non sembra presentare speciale interesse per il problema in questione: la abituale presenza di tricocefali nel cieco e la frequente insufficienza della valvola di Gerlach bastano a spiegare agevolmente tale reperto, senza necessità di attribuire ad esso un carattere patologico e un valore patogenetico per l'appendicite.

In realtà però il tricocefalo colla sua presenza nell'appendice sembra possa esser causa prima di processi flogistici dell'organo, come parrebbe dimostrare la seguente osservazione clinica.

L. Oreste, di anni 7, scolaro, viene ricoverato di urgenza il giorno 6 maggio u. s. nell'Ospedale Civile di Belluno.

Non ebbe in passato malattie degne di nota. La madre che lo accompagna riferisce che il bambino aveva cominciato ad accusare, quattro giorni prima, senza alcuna causa apparente, dolori addominali lievi all'inizio e che andarono a poco a poco accentuandosi, diffusi dapprima a tutto l'addome, localizzati poi al quadrante inferiore destro. In questo periodo non ebbe mai vomito; sembra abbia avuto temperatura febbrile non molto elevata.

Venne somministrato un purgante, che ebbe scarso effetto; da due giorni l'alvo è chiuso.

Dalla sera precedente all'ingresso in Ospedale i dolori sono divenuti particolarmente intensi: essi si irradiano dall'addome anche lungo l'arto inferiore destro i cui movimenti risvegliano o riacutizzano i dolori.

Si tratta di un bambino robusto e bene sviluppato per la sua età. Facies sofferente. Lingua con patina biancastra. Polso 100, piccolo, un poco aritmico. Temperatura 38° C. L'addome è depresso; la percussione dimostra il fegato e la milza nei confini normali. La palpazione di tutta la metà destra dell'addome suscita dolore, che è più intenso nel quadrante inferiore, ove esso si accompagna a difesa, con maximum a livello del punto di Mac Burney; duole anche la palpazione combinata dello spazio costoiliaco, sopratutto posteriormente. La percussione dell'addome non dimostra presenza di liquido libero.

L'esame dell'orina, che è di un colorito paglierino e un poco torbida, con densità a 1.016, non dimostra elementi anormali.

Data la sintomatologia e il reperto obbiettivo, sembrava doversi orientare, senza speciali difficoltà diagnostiche, verso una comune appendicite

acuta, con probabile ascesso periappendicolare, e direzione retrociecale dell'appendice (dolore alla palpazione posteriormente).

In eteronarcosi si procedette all'intervento operativo. Taglio di Mac Burney. All'apertura del peritoneo fuoriesce discreta quantità di liquido sieroso. L'appendice è grossa come una matita, lunga circa 6 centimetri, a direzione pelvica, in apparenza scarsamente alterata: si osserva solo un modico arrossamento della sierosa nella metà prossimale. Si asporta. Con due dita attraverso la incisione peritoneale si esplorano agevolmente gli organi contenuti nella metà destra dell'addome, senza rilevare alterazioni apprezzabili di essi. Sutura totale.

Si apre l'appendice: il suo lume è quasi tutto occupato da un coagulo irregolarmente cilindrico, elastico, poco friabile, che ingloba in un punto un tricocefalo; altri due tricocefali sono a ridosso della mucosa e fissi ad essa colla loro estremità, in corrispondenza alla metà prossimale dell'appendice; la mucosa a questo livello è lievemente e diffusamente arrossata, e cosparsa in alcuni punti di piccole ecchimosi.

L'esame microscopico (eseguito dal dott. Tanferna, direttore dei laboratori del nostro Ospedale) dimostra che la principale lesione della appendice consiste in uno stato infiammatorio della zona sottomucosa e in una notevole iperemia dell'organo e, in alcuni punti, soluzione di continuo della mucosa (vedi figura). Intorno ai noduli lin-

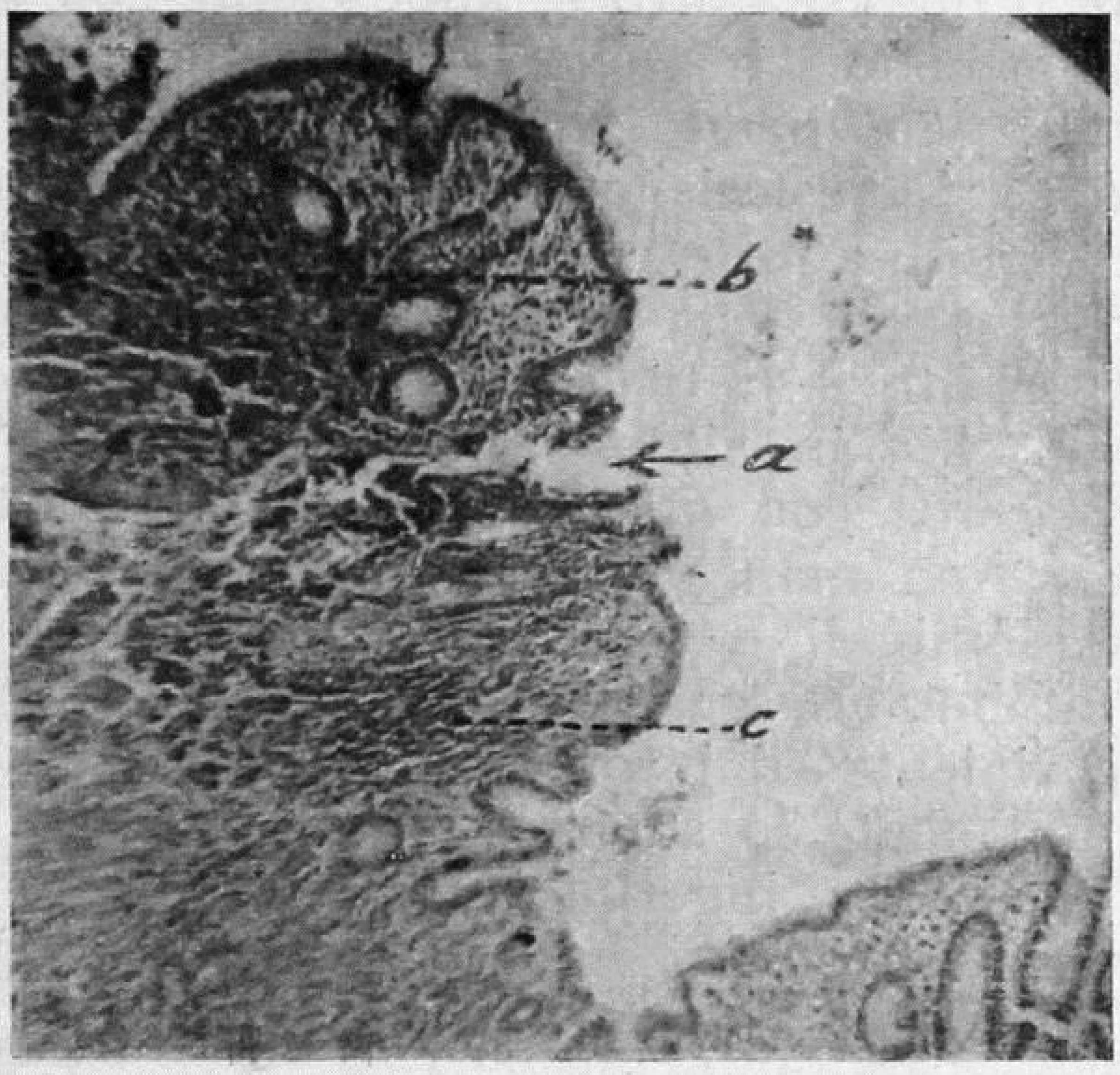


FIG. 1. — Preparato microscopico della parete della appendice (microfotografia: obb. 3, oc. 2, Koritska). — *a*, rottura della mucosa; *b*, zona di emorragia; *c*, zona di infiltrazione leucocitaria.

fatici normali si osservano ampie zone di infiltrazione linfocitaria e leucocitaria, che si estendono fino nella zona della tunica muscolare; i leucociti eosinofili sono presenti, ma non molto numerosi. I vasi sanguigni, anche i più piccoli, appaiono molto ampi e ripieni di sangue, e qua e là si osservano piccole emorragie, delle quali qualcuna di una certa entità solleva e distacca lo strato epiteliale, del resto ben conservato. Le sezioni del coagulo sanguigno, che occupava il lume centrale dell'appendice, non dimostrano nulla di particolare, tranne la presenza di qualche uovo di tricocefalo.

Il decorso postoperatorio fu del tutto normale: rimossa l'appendice dileguarono anche i dolori addominali. Il giorno 11 maggio si tolsero i punti (guarigione per primam), e il giorno 19 il bambino fu dimesso completamente guarito.

Nel caso riferito si constatò dunque un quadro apparentemente banale di appendicite acuta, la cui origine sembra indubbio di poter riferire alla presenza dei parassiti nell'appendice e alle lesioni da essi determinate.

Che la causa della imponente sindrome addominale vada ricercata nelle alterazioni appendicolari mi pare sia dimostrato da due argomenti:

1) La esplorazione di tutti gli altri organi della metà destra della cavità addominale li dimostrò in apparenza normali.

2) Alla asportazione dell'appendice seguì immediata e completa cessazione dei disturbi del piccolo paziente.

Un rilievo degno di interesse è la apparente sproporzione fra il modesto reperto anatomopatologico alla operazione (appendice dall'esterno apparentemente poco alterata) e la imponente sindrome clinica: i dati semeiologici sembravano parlare per un violento attacco di appendicite anche con probabile peritonite circoscritta (vivo dolore spontaneo e alla palpazione della metà destra dell'addome con difesa nel quadrante inferiore destro e dolore anche allo spazio costoiliaco e costovertebrale di destra).

In realtà nel peritoneo si constatò solo presenza di modica quantità di liquido sieroso, e non alterazioni della sierosa viscerale salvo un modico arrossamento nella parte prossimale dell'appendice.

A spiegare tale incongruenza a me sembra possano essere invocati dei vivaci fenomeni riflessi determinati dalle alterazioni che gli elminti provocarono colla penetrazione della loro estremità cefalica nella mucosa, alterazioni ben dimostrate dall'esame microscopico.

È molto probabile che lo stimolo mecccanico e forse anche tossico dei parassiti, solo o sommandosi con quello flogistico provocato dai germi patogeni penetrati nella parete lungo la estremità di fissazione degli elminti, abbia determinato una irritazione dell'innervazione intramurale dell'appendice, le cui ripercussioni in via riflessa potrebbero bene spiegare l'imponenza della sindrome clinica.

RIASSUNTO.

L'A. riferisce un caso di appendicite acuta nel quale si riscontrarono nel lume appendicolare un lungo coagulo sanguigno e tre trico-

cefali, e l'esame microscopico della parete appendicolare dimostrò profonde alterazioni flogistiche ed emorragiche. Egli pensa che la presenza degli elminti non fosse accidentale, ma avesse un rapporto di causalità coll'attacco di appendicite.

Va notato che le lesioni anatomopatologiche apparvero sproporzionate alla gravità della sindrome clinica, il che, secondo l'A., potrebbe essere spiegato invocando l'azione irritante dei parassiti sul sistema nervoso intramurale dell'appendice, con lo sprigionamento di violenti riflessi.

SUNTI E RASSEGNE.

Rapporti tra acloridria e anemia.

(D. T. DAVIES. *The Quarterly Journ. of Medecine,* luglio 1931).

I rapporti fra acloridria e anemia sono apparsi più evidenti in questi ultimi anni. La prova esatta di causa ed effetto non è ancora data definitivamente. L'acloridria è reperto costante nell'anemia primaria e la precede di qualche anno, come pure persiste dopo la guarigione dell'anemia colla cura di fegato. Le osservazioni più recenti hanno confermato la vecchia opinione di Fenwick (1850) che l'acloridria sia solo l'indice dell'atrofia della mucosa gastrica e l'anemia una conseguenza di questa atrofia.

Un sostegno a quest'ipotesi dell'origine gastrica dell'anemia perniciosa si è trovato nelle anemie di tipo pernicioso osservate nel cancro dello stomaco, nella gastrectomia.

Alcuni autori hanno voluto trovare nell'anemia la causa dell'acloridria e citano a sostegno di quest'ipotesi l'acloridria che segue l'ematemesi nell'ulcera gastrica, che segue l'emorragia da emorroidi. Ma l'acloridria si ha anche in anemie nelle quali non c'è stata perdita di sangue.

Il meccanismo di questo rapporto fra acloridria ed anemia è oscuro.

L'A. ha studiato 45 casi di acloridria (15 con anemia perniciosa, 5 senza una malattia definita, 15 con anemia secondaria, e 10 con acloridria senza anemia).

Nei casi con anemia perniciosa il succo gastrico non è aumentato coll'iniezione di istamina, si presenta nebuloso, solo una volta conteneva muco, in quasi tutti c'erano leucociti nel sedimento; inoltre l'HCl libero era assente ed il pH non si è modificato coll'iniezione di istamina. In 11 casi non c'era pepsina neppure dopo l'istamina.

Il deposito di cellule epiteliali è stato trovato in quasi tutti i casi di anemia perniciosa e raramente in casi di acloridria senza anemia.

Il Davies ritiene che l'origine di queste cellule sia faringo-esofagea.

Dopo l'osservazione di Fenwick solo il Castle recentemente (1929) ha portato un po' di luce sui rapporti fra acloridria ed anemia. Sembra, secondo quest'ultimo autore, che la mucosa gastrica normale secerna una sostanza termolabile capace di agire in soluzione neutra sul muscolo di bue in modo da agire beneficamente nell'anemia perniciosa quando questa sostanza venga assorbita. Questa sostanza non sarebbe pepsina, ma rennina. Castle stabilisce un rapporto fra midollo osseo e secrezione gastrica, il che è un progresso dall'epoca di Fenwick.

R. LUSENA.

Le crisi gastro-solari.

(G. FAROY. *Le Concours Médical,* n. 3, 1932).

Le crisi dolorose epigastriche accompagnate da intollerenza gastrica, il cui tipo è la crisi tabetica, si verificano in molte affezioni addominali. Sono dovute ad un'intensa irritazione del plesso solare, o più esattamente del sistema nervoso vegetativo addominale, di cui il plesso solare raccoglie ed esteriorizza tutte le eccitazioni.

La *crisi gastrica tabetica,* che è quella nota da più tempo, è costituita da accessi di dolore d'intensità atroce, angosciante con senso di bruciore, torsione, stiramento, pressione, ecc., localizzato all'epigastrio, accompagnato da iperestesia cutanea e spesso alleviato in seguito a forte pressione. Il ventre è teso, retratto, specie nella metà superiore, ed il malato coricato a canna di fucile o seduto con le ginocchia in alto ed il tronco piegato in avanti cerca con queste posizioni alleviare il dolore. Non mancano mai irradiazioni multiple addominali o toraciche a cintura.

L'intolleranza gastrica è completa, la nausea è violenta ed i vomiti incessanti svuotano continuamente lo stomaco. Ogni sostanza, solida o liquida, ingerita è immediatamente rigettata. Talvolta si hanno ematemesi (crisi vere di Charcot). Spesso si ha singhiozzo, aerofagia, diarrea.

Il paziente si trova in uno stato di annientamento, di spossamento estremo: evita ogni movimento che possa risvegliare i dolori o i vomiti. Ha alternative di pallore e di rossore del volto, sudori freddi abbondanti, e tendenza alle lipotimie che sovente vanno fino alla sincope.

Le urine sono scarse, il polso frequente, la pressione arteriosa, variabile.

Queste crisi che si manifestano improvvisamente ed improvvisamente cessano lasciano di solito il soggetto in uno stato di accalmia più o meno lungo, possono durare da qualche ora ad una settimana, si ripetono con frequenza varia, e possono essere anche subentranti fino a dare un vero stato di male.

La diagnosi è facile in presenza delle forme di tabe conclamate. Negli altri casi le crisi del genere devono sempre consigliare a praticare un esame metodico del sistema nervoso per rilevare gli eventuali sintomi della tabe ed occorrendo praticare anche l'esame del liquor.

Bouchut e Lamy hanno descritto nei sifilitici, con il nome di gastro-radicolite a forma continua, crisi gastriche alternate, di breve durata, ripetentisi tutti i giorni. Queste forme sono interessanti perchè sono dovute a lesioni delle radici posteriori, dove le fibre nervose provenienti dai cordoni posteriori si anastomizzano, mediante i rami comunicanti, con le fibre simpatiche, lesioni che si riscontrano anche nella tabe. Queste lesioni radicolari fanno comprendere come nella tabe il plesso solare irritato attraverso le fibre simpatiche possa provocare le crisi gastriche.

Nell'*ulcera gastrica*, sopra tutto nelle ulceri antiche, callose, profonde, si possono avere crisi tabetiformi.

Il fatto che queste crisi sono più frequenti nelle ulceri della piccola curvatura e della faccia posteriore, ne spiega il meccanismo. Queste ulceri sono a contatto con l'ilo dell'organo ossia con i nervi, i vasi ed il plesso solare applicato sulla faccia anteriore della colonna vertebrale. Locper ha potuto constatare in queste ulceri la propagazione del processo infiammatorio delle fibre nervose, una vera neurite.

Udaondo pensa che in certi casi le lesioni nervose si costituiscono attraverso la produzione di una pancreatite che provoca l'infiammazione delle fibre e dei plessi del pancreas.

Anche l'ulcera del duodeno e del piloro può provocare crisi tabetiforme, sia per lesioni dirette delle fibre nervose che vanno al plesso solare, sia per la coesistenza di perivisceriti (perigastrite, periduodenite). In tutti i casi l'irritazione nervosa è evidente perchè spesso si osserva un punto doloroso frenico sinistro sterno-mastoideo.

Anche il *cancro dello stomaco* localizzato o propagato alla piccola curvatura ed alla faccia posteriore può dare luogo a crisi tabetiformi sempre per eccitazione del plesso solare in seguito all'invasione neoplastica dei nervi come ha istologicamente dimostrato Loeper.

Queste crisi non vanno confuse con quelle che accompagnano la stenosi pilorica cancerosa, nelle quali il dolore di regola è meno intenso, localizzato più allo stomaco ed al piloro che all'epigastrio, ed accompagna sempre le contrazioni peristaltiche. I vomiti sono quelli caratteristici da stasi.

Le *colecistiti*, calcolose o non, determinano talvolta parossismi acuti a tipo tabetiforme. Ma in queste crisi i vomiti biliari sono particolarmente frequenti, e la regione della cistifellea è dolente talvolta spontaneamente, sempre alla pressione. La crisi può essere accompagnata da febbre, subittero ed anche ittero. Non è raro constatare un punto frenico destro sterno-mastoideo.

Il malato, di solito donna, ha quasi sempre precedenti cistifellici, e la crisi ad inizio per lo più notturno, nella seconda metà della notte, compare spesso un po' prima del periodo mestruale.

La reazione del plesso polare in queste crisi si spiega tenendo presente che tra la cistifellea e il plesso solare esistono fibre simpatiche nelle quali in seguito alla colecistite si producono lesioni analoghe a quelle constatate nell'ulcera gastrica. D'altra parte le pericolecistiti sono frequenti ed hanno verisimilmente un'importanza nella diffusione della infezione.

Nell'*emicrania oftalmica* si hanno dolori epigastrici, nausee e vomiti spesso incoercibili, fatti tutti che fanno pensare alla compartecipazione del plesso solare.

Il fatto che l'accesso emicranico si verifica molto spesso in seguito a disordini alimentari ed in soggetti i quali presentano affezioni del fegato o della cistifellea, autorizza l'ipotesi che l'emicrania non deve essere semplicemente una manifestazione dolorosa del capo di natura simpatica e ripercussione solare e gastrica, ma che la azione del fegato o della cistifellea costituisca la spina irritativa che scatena l'accesso attraverso il plesso solare.

Nell'*appendicite acuta* e *subacuta* si hanno nella fase iniziale manifestazioni che ricordano la crisi tabetiforme.

Il dolore spesso violento è localizzato allo epigastrio, la contrazione della parete è molto marcata in questa regione ed i fenomeni di intolleranza gastrica sono accentuati. La febbre può mancare, e può mancare perfino il dolore alla pressione nella fossa iliaca destra.

Nel corso di certe tiflo-coliti e di coliti del trasverso possono aversi crisi analoghe ma meno intense.

Le lesioni nervose descritte da Masson nelle appendici malate e da Loeper nelle coliti consentono di comprendere come il plesso solare reagisca in queste affezioni. Si aggiunga che spesso si hanno pericoliti, periviscerti ed epiploiti con diffusione ascendente verso lo epigastrio ossia verso la regione solare.

Le *affezioni del pancreas*, in ispecie il cancro del corpo dell'organo, provocano crisi tabetiformi di estrema violenza: i dolori solari sono atroci con i caratteri della visceralgia profonda.

La situazione del pancreas in avanti del plesso solare spiega queste crisi.

La pancreatite acuta, subacuta e cronica provocano le medesime crisi per diffusione del processo ai nervi con i quali sono in contatto o che comprendono.

La grande *ptosi addominale* con allungamento verticale dello stomaco spesso provoca crisi solari intense, che si sovrappongono ad uno stato doloroso permanente dell'epigastrio, specie nella stazione eretta e dopo i pasti. Anche qui si tratta di nevriti solari dovute allo stiramento esercitato dal peso degli organi profondi su i nervi ed i plessi addominali.

L'*aortite addominale* acuta e subacuta provoca due specie di dolori dopo i pasti: dolori epigastrici precoci poco intensi e dolori tardivi violenti con irradiazioni lombari, iliache, toraciche, ecc.

Queste manifestazioni gastriche sono state interpretate da Carrière e Barlé come una vera claudicazione intermittente dello stomaco da ischemia, in quanto le arteriti all'origine del tronco celiaco diminuiscono l'apporto di sangue allo stomaco donde la insufficienza della digestione, e da altri sono considerate l'espressione d'ipereccitabilità simpatica.

Comunque il plesso solare per la sua situazione sopra- e preaortica è compromesso per suo conto dall'aortite, e ciò spiega lo scatenamento della crisi gastrica.

Tra le affezioni capaci di provocare crisi gastro-solari vanno infine ricordate l'ipertiroidismo, la stenosi mitrale, la tubercolosi, nelle quali si possono avere i due grandi sintomi della crisi, dolori solari ed intolleranza gastrica, ai quali vanno aggiunti i fenomeni generali specifici delle singole malattie.

Tutti questi sintomi rappresentano la reazione violenta del sistema simpatico nel suo insieme ossia tanto dell'apparecchio simpatico propriamente detto, sensitivo, quanto del parasimpatico o pneumogastrico, motore. Tra i fenomeni schiettamente simpatici vanno annoverati i dolori solari, periaortici, periiliaci e frenici con le loro irradiazioni, l'angoscia, la congestione del volto, la diarrea, mentre tra quelli parasimpatici sono compresi lo spasmo del piloro, i disturbi del peristaltismo, le nausee, i vomiti, il pallore, le lipotimie.

Le neuriti e plessiti che sono alla base di questi fatti sono prodotti da infezioni, intossicazioni, azioni meccaniche (stiramenti per peso o aderenze). Occorre ben precisare queste cause perchè la terapia non deve contentarsi di calmare i dolori del plesso con l'eserina, l'atropina, la morfina, con agenti fisici, o interventi chirurgici sui nervi. La cura dovrà essere diretta contro l'affezione causale. DR.

La prognosi dell'ulcera gastrica e duodenale.

(MOYNIHAN OF LEEDS. *British Medical Journal*, 2 gennaio 1932).

L'ulcera gastrica e duodenale è una malattia a decorso vario e ad esito incerto. Forse in nessun'altra affezione l'indirizzo terapeutico e le previsioni prognostiche sono in relazione alla suscettibilità individuale, all'abito somatico, alle condizioni dello spirito, al temperamento, al modo di vita.

Si deve innanzi tutto fare distinzione tra ulceri acute e croniche.

Le ulceri acute sono generalmente la conseguenza di malattie infettive (appendicite, peritonite, empiema, polmonite, meningite, sepsi delle vie urinarie, endocardite, otiti medie) o di focolai infettivi leggeri (carie dentaria, tonsilliti), nonchè di scottature cutanee.

Di solito interessano solo la mucosa e guariscono senza lasciare traccie, ma possono produrre anche fatti gravi ad esito letale (ematemesi abbondante).

Le ulceri acute sono generalmente multiple, l'ulcera cronica di solito è unica.

L'ulcera acuta passa allo stato cronico probabilmente per azione dell'acido cloridrico. Nel 72 % dei casi di ulcera duodenale c'è ipercloridria.

Hurst ha rilevato che c'è una diatesi ulcerosa, ma è evidente che c'è anche una diatesi ulcerosa duodenale che corrisponde al tipo iperstenico. In genere i pazienti di ulcera duodenale cronica sono individui robusti, vigorosi, di costituzione atletica, talvolta anche campioni sportivi. Tali soggetti hanno spesso uno stomaco piccolo, posto in alto, che si contrae energicamente e si svuota rapidamente, con succo gastrico di alta acidità.

Talvolta lo spasmo è tale da simulare un tumore. Lo spasmo si determina non appena l'ulcerazione raggiunge la tunica muscolare, ed è quasi sempre limitato alla medesima zona.

La relazione tra appendicite e ulcera gastrica dipende in parte dall'infezione ed in parte dal fatto che le affezioni appendicolari provocano per via riflessa intensi e ripetuti spasmi dello stomaco che può determinare temporanee, ma gravi e ricorrenti devitalizzazioni. Intorno alla zona dello spasmo si può avere iperdistensione della parete gastrica che talvolta è considerevole ed è causa di grave malessere. Si possono avere anche spasmi vasomotori con le conseguenti modificazioni della temperatura. L'anemia della parete gastrica o duodenale può quindi essere prodotta da due forme di spasmi; quella della tunica muscolare dello stomaco e del duodeno e quella dei vasi.

Attraverso questo duplice meccanismo la nicotina, le afflizioni, l'angoscia, i dolori e le eccessive fatiche fisiche possono avere una influenza decisiva nel determinismo delle ulceri gastro-duodenali o per lo meno nella loro persistenza.

La guarigione spontanea delle ulceri gastro-duodenali non solo è possibile, ma è anche non rara. Alle autopsie molto spesso si trovano ulceri perfettamente cicatrizzate.

Tuttavia le complicazioni delle ulceri sono molteplici e gravi anche quando esse sono ritenute perfettamente guarite.

Non di rado le ulceri recidivano. Queste recidive sono dovute alla imperfetta guarigione delle ulceri per modo che rimangono superficie libere tuttora aperte alle reinfezioni o che sotto l'azione di stimoli diversi costituiscono il punto di partenza per una nuova estensione del processo morboso.

Talvolta ulceri ritenute guarite danno luogo a perforazioni od ulcerazioni letali.

Un'altra complicazione è quella della degenerazione cancerigna. La quistione dell'ulcera-cancro ha dato luogo a molte discussioni, ed è stata variamente risoluta. Allo stato dei fatti non si può escludere che il cancro dello stomaco si origini su ulceri non diagnosticate o ritenute guarite.

L'efficacia del trattamento medico delle ulceri gastro-duodenali è sempre più discussa.

Come si è osservato in pazienti sottoposti alla gastroenterostomia il processo di guarigione delle ulceri è quanto mai lento. Pertanto la cura medica per avere probabilità di successo dovrebbe essere rigorosissima e di lunga durata, il che molto difficilmente si può ottenere in pratica.

Non appena scomparsi i sintomi più allarmanti o più penosi i pazienti si consentono qualche irregolarità dalle quali poi si passa al regime normale. Tutto ciò senza che si abbia la sicurezza dell'effettiva guarigione.

D'altra parte la cura medica deve essere sempre accompagnata da altre misure (eliminazione di cause accessibili di infezione: denti, tonsille, ecc.) che in genere non sono seguite, e dall'osservanza di un riposo assoluto al quale di solito i pazienti non si assoggettano per il tempo sufficiente.

Una volta fatta la diagnosi è sempre preferibile l'intervento chirurgico.

In caso di ulcera gastrica l'operazione di scelta è la gastrectomia, si ricorrerà alla gastroenterostomia solo quando l'ulcera è grande e trovasi in vicinanza del cardias.

Nell'ulcera duodenale si praticherà la gastroduodenostomia o gastroenterostomia sempre con distruzione dell'ulcera e chiusura temporanea del piloro.

Praticando queste operazioni le probabilità di recidive sono ridotte al minimo.

Comunque è buona pratica asportare contemporaneamente, quando è possibile, l'appendice, che è una delle sorgenti d'infezioni dello stomaco, del duodeno, della cistifellea, ed è il punto di partenza del riflesso che provoca lo spasmo gastrico.

D'altra parte conviene che gli operati osservino scrupolosamente alcune regole igieniche:

1) Farsi esaminare i denti da un dentista ogni sei mesi.

2) Mangiare piano e masticare molto.

3) Non fumare.

4) Non bere alcoolici, caffè e bevande gassose.

5) Non mangiare frutta acida, le buccie ed i semi di tutte le frutta, non mangiare fragole, uva, limoni, noci, fichi. Sono consentite le aranciate neutralizzate con carbonato di soda.

6) Non mangiare vegetali crudi. I vegetali devono essere ben cotti e preparati sotto forma di purée.

7) Sono proibiti l'aceto, il succo di limone, il pepe, le mostarde e droghe del genere. Il sale deve essere adoperato in piccole quantità.

8. Usare molto burro e crema. Prendere prima di ogni pasto un cucchiaino d'olio di oliva. Dr.

Il trattamento dell'ulcera gastrica e duodenale con iniezioni ipodermiche di pepsina.

(K. Glaessner. *La Presse Méd.*, n. 4, 1932).

L'A. rivendica la priorità del metodo delle iniezioni di pepsina per la cura dell'ulcera gastrica e duodenale. Egli è giunto all'applicazione clinica della pepsina dopo averne provato sperimentalmente l'efficacia applicandola nel curare delle ulceri sperimentalmente provocate nella cornea o nella cute di conigli con iniezioni di succo gastrico di ulcerosi. Iniettando intradermicamente del succo gastrico di portatori d'ulcera dello stomaco o del duodeno egli otteneva delle ulcerazioni che avevano scarsa tendenza alla guarigione; iniettando successivamente della pepsina sotto la cute, tali ulceri sparivano in una quindicina di giorni.

Egli tratta clinicamente la ulcera dello stomaco e del duodeno con iniezioni di pepsina alla cui sterilizzazione provvede filtrandola attraverso filtri di porcellana, onde sfuggire la azione dannosa del calore, necessario altrimenti alla sterilizzazione. La soluzione di pepsina deve essere neutralizzata per evitare sui tessuti azioni caustiche che possono causare inconvenienti dolorosi.

L'A. fa in genere due serie annuali di 30 iniezioni ciascuna, di una soluzione 1 a 100, a dosi ascendenti e discendenti da cc. 0,2 a cc. 0,4 e viceversa. Raramente ha avuto reazioni di tipo anafilattico o febbrili. Ha già trattato circa 600 casi: di questi la maggior parte è costituita da ulceri dell'apparato digerente, specie stomaco e duodeno; le rimanenti erano ulceri di varia natura e sede (decubiti, ulceri da varici, ecc.).

130 casi sono stati studiati accuratamente, dal lato dei valori acidi del succo gastrico, dal lato radiologico, della determinazione del peso, dell'escrezione del rosso neutro, ecc. Si tratta di 23 ulceri dello stomaco, 105 del duodeno, 2 del digiuno. Di questi solo 5 dovet-

tero essere inviati al chirurgo (4 %). Su 94 casi esaminati a fondo, i valori acidi rimasero stazionari o divennero più elevati in 44 (47 %), si abbassarono in 50 casi (53 %). Il quadro radiologico rimase stazionario in 26 (27,6 %), migliorò in 68 (72,4 %); il peso rimase stazionario in 8 (8,8 %), diminuì in 6 (6,2 %), crebbe in 79 (85 %). I casi che non migliorano rapidamente smascherano spesso delle affezioni che simulano l'ulcera.

Così poterono venir diagnosticate parecchie volte delle colicistiti, dei carcinomi gastrici, delle linfogranulomatosi. Accanto alla terapia pepsinica l'A. consiglia una cura, di sostegno, protettiva, somministrando dell'olio di oliva (2 cucchiai avanti i pasti), del bismuto (0,5 gr. dopo i pasti), della magnesia calcinata. Salvo i casi di emorragia in atto o di infiammazione, evita la cura lattea e somministra una dieta mista e leggera, suddivisa in 6 pasti nella giornata.

Con le iniezioni di pepsina si possono influenzare favorevolmente non solo le ulceri dello stomaco e del duodeno ma anche quelle dell'esofago e del digiuno, le ulcerazioni della bocca e del faringe, le piaghe da decubito ed anche ulceri da raggi X. Risultati molto incoraggianti sono stati osservati anche in casi di colite ulcerosa ed in casi di anemia perniciosa: la pepsina agirebbe qui come gli estratti di mucosa gastrica. In più dei due terzi dei casi d'*ulcus duodeni* e *ventriculi*, non complicati, il trattamento pepsinico porta ad una completa guarigione obiettiva.

P. STEFFANUTTI.

Ileo biliare.

(J. PAVIOT e J. MOULINIER. *Journ. Méd. de Lyon*, n. 265, genn. 1931).

Per ileo biliare s'intende una occlusione intestinale per calcolo biliare solitario e voluminoso. La conoscenza di questa affezione è dovuta sopratutto all'opera dei chirurgi, i quali spesso devono intervenire in casi gravi, non riconosciuti medicalmente, e quando già le complicazioni rendono l'intervento operativo più grave od inutile.

È necessario pertanto conoscerne la sintomatologia, per fare una diagnosi precoce, anche causale o possibile, ma tale da diminuire le probabilità dell'insuccesso operatorio.

Le cause d'una diagnosi tardiva sono molteplici, e risentono dell'evoluzione del processo. In casi di calcoli voluminosi, penetrati nell'intestino da una fistola colecisto-duodenale e non colecisto-colica, essi, si diceva, sono fermati in corrispondenza della valvola di Bauhin.

Ma i casi operati mostrano invece che i calcoli si fermano più in alto, nel tenue, nei casi di fistola colecisto-duodenale.

Non vi è alcun sintomo particolare che possa far supporre l'ostruzione intestinale dopo l'apertura della fistola e la discesa del calcolo; molto spesso il calcolo si elimina spontaneamente, e la perforazione non è denunziata da nessun dolore grave o intenso; si ha allora una occlusione parziale di scarsa importanza.

Le occlusioni da ileo biliare possono assumere la forma acuta, una forma a decorso lento e talora si accompagnano a crisi subentranti di dolore, ciò che costituisce la sindrome di Karewski dell'ileo biliare.

La variabilità della sede del dolore può far pensare che il calcolo proceda nell'intestino?

Se si assiste alla sintomatologia acuta da occlusione con un dolore localizzato, che poi si sposta, ciò non consente il sospetto che il calcolo proceda oltre, e quindi convenga attendere prima d'intervenire.

In presenza di occlusione intestinale non bisogna fare assegnamento su antecedenti epatici per porre la diagnosi ileo biliare, perchè molto spesso non esiste nulla nell'anamnesi, oppure sono accusati disturbi vaghi, che non richiamano l'attenzione sulla presenza del calcolo nell'intestino. Questo silenzio epatico è giustificato dal fatto che i grossi calcoli non danno luogo a infezioni, nè a fenomeni dolorosi tipici.

È stata invocata la emorragia sotto forma di melena, come espressione dell'avvenuta fistola; ma questo carattere è troppo infido per una diagnosi di ileo biliare, al quale bisogna pensare allorchè l'occlusione intestinale, a sede alta, si presenta in donne prevalentemente di età avanzata, con precedenti epatici. L'occlusione alta dell'intestino è rara all'infuori del calcolo biliare; il cancro del duodeno o del tenue ha una diversa sintomatologia, ed un decorso più lento.

Tali considerazioni forniscono al medico le indicazioni formulate da J. Quénu: vi è meno rischio ad operare che attendere, e l'indicazione è fornita meno da una diagnosi precisa d'ileo biliare, che da un insieme sintomatico di un'occlusione alta sul tenue, sopratutto in una donna di una certa età.

L. CARUSI.

Come si possono migliorare i risultati nela la resezione colica per occlusione acuta e subacuta.

(HABERER. *Arch. Klin. Chir.*, vol. 167, pagina 443, 1931).

Negli stati di occlusione acuta o subacuta per carcinoma del colon la resezione in un tempo è controindicata perchè difficilmente la sutura dell'anastomosi resiste. La maggior parte degli operati muoiono per peritonite consecutiva a deiscenza della sutura. Per tale ragione la resezione in un tempo ha ceduto il passo alla resezione in più tempi.

I due interventi non si equivalgono in quanto con la resezione in un tempo si riesce ad allargare molto di più il territorio di resezione asportando anche le linfoghiandole che nella resezione in due tempi non si possono asportare. La deiscenza della sutura nella resezione in un tempo è sempre secondaria alla distensione del viscere; anche l'espressione manuale delle materie fecali dalle anse distese non permette di ovviare alla distensione secondaria.

Il pericolo può essere evitato se contemporaneamente alla resezione in un tempo si applica una fistola alla Witzel del segmento soprastante alla stomia in modo da scaricare questa per più giorni dopo l'intervento.

A dimostrazione della tesi vengono riportate alcune storie cliniche e in base alla sua esperienza personale l'Autore raccomanda il metodo che permetterà di curare radicalmente alcuni casi che se si volesse fare la resezione in più tempi, si dovrebbero considerare inoperabili.

P. VALDONI.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

CARL V. NOORDEN. *Alte und neuzeitliche Ernährungsfragen.* Un vol. in-8° di 117 pagg. J. Springer ed. Berlin, 1931. Prezzo RM. 6,90.

Problema vitale e sempre aperto questo dell'alimentazione, problema individuale e sociale, igienico, economico, medico, sempre rinnovantesi col mutare delle nostre cognizioni e delle condizioni di vita, al quale v. Noorden, con la competenza che gli è da tutti conosciuta, porta qui un contributo notevole, prospettandolo secondo i vecchi ed i nuovi punti di vista.

Esamina dapprima l'equilibrio acido-base, la mineralizzazione e tutte le questioni della de-, sub-, super- e trans-mineralizzazione, connesse con l'alimentazione, la dieta ipoclorurata, ecc.

Investiga poi alcuni dei più dibattuti problemi alimentari, quali il fabbisogno di albumina, la questione del pane, occupandosi maggiormente della segale, problema essenzialmente tedesco, del caffè, delle vitamine, del crudismo. In un capitolo a parte, tratta la dieta — in senso lato — nelle diverse malattie e, da ultimo, la dieta a zig-zag, che l'A. stesso ha proposto e che si dimostra tanto utile e gradita.

Il punto di vista fisiologico, terapeutico, economico e sociale sono sempre tenuti presenti nella trattazione, con speciale riguardo alle condizioni delle popolazioni tedesche.

fil.

BECKER e APPENHEIMER. *Normale und pathologische Funktionen der Verdauungsorgane im Röntgenbild.* Vol. di pag. 144 con 255 illustrazioni. Edit. G. Thieme, Lipsia 1931.

Gli AA. raccolgono in questo volume gli studi sulla funzione degli organi digerenti, praticati sia in condizioni normali che patologiche. L'indagine radiologica è stata condotta indipendentemente dallo studio della lesione e con particolare attenzione a gruppi di malattie in cui prevale il perturbamento della funzione. Così in casi di spasmo esofageo, di iper- e ipo-motilità gastrica, di costipazione abituale, ecc.

Molto interessanti gli studi sulla contrattibilità e sullo svuotamento della cistifellea in condizioni normali e patologiche.

Nonostante la vastità della materia trattata, il volume è di dimensioni non eccessive.

P. VALDONI.

B. SCHIASSI. *La neo-architettura gastro-enterica di scelta dopo ampia resezione dello stomaco.* Vol. in-8° di pagg. 32. L. Cappelli, Bologna, 1932.

L'A. pensa che dopo la demolizione parziale dello stomaco ci si debba adoperare per ottenere una restaurazione ben ordinata in modo che le ingesta uscendo dal viscere non trovino mai *due vie* su cui essere inoltrate, come suole avvenire nella Billroth II e sue figliazioni, ma sicuramente e sempre una *sola via.* Risponde bene a questo fine una costruzione ad *y* doppiamente latero-laterale secondo il procedimento già descritto anche dagli AA. americani con la designazione « Reconstruction of stomach by Schiassi's modification » (*Inter. Journal of gastro-enterology* vol. I, 1921).

L'A. dopo aver presentato con figura il tipo della neo-costruzione fa seguire una serie di radiogrammi di malati già sottoposti a tale procedimento dando la esauriente dimostrazione dell'ottimo rendimento del processo.

A. P.

ARNE I. A. ARNESEN. *Akutt Appendicit og Akutt Salpingit.* Vol. di pag. 123, con 6 grafiche e 18 microfotografie. Oslo, 1931. « Fra Oslo Kommunale Sykehuser », III Avdeling.

In questa monografia viene trattata la diagnosi differenziale fra appendicite acuta e salpingite acuta con particolare riguardo ad alcuni aspetti finora poco studiati come per esempio la frequenza relativa ai gruppi di età e alle stagioni dell'anno, la successione cronologica dei sintomi e la loro relazione con la situazione — normale o anormale — dell'appendice, il significato e l'importanza da attribuire ad alcuni sintomi generali e locali e ad alcune ricerche di laboratorio, ecc.

Uno speciale capitolo viene dedicato ai coproliti e alle occlusioni e ai rapporti fra perforazione, occlusione e presenza di coproliti.

Il testo è corredato da 6 grafiche e 18 microfotografie assai chiare.

G. PACETTO.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

DALLA PRATICA CORRENTE.

Stenosi duodenale ed ulcera perforante del colon in rapporto con un'ulcera peptica del digiuno.

Dott. ALBERTO CAUCCI,
libero docente e primario dell'Ospedale dei Bambini di Ancona.

Paziente di 47 anni. Otto anni or sono è stato operato in America per dolori epigastrici, che non avevano periodicità, nè rapporto coi pasti, non vomito, nè melene; nessun miglioramento con l'operazione. Due anni fa è stato di nuovo operato, con beneficio per un paio di mesi; poi ha ripreso a soffrire: dolori specie dopo i pasti,



FIG. 1. — Gastrectasia e megaduodeno per stenosi duodenale determinata da ulcera sull'orifizio di gastroenterostomia non funzionante.

borborigmi, dimagrimento; appetito conservato; tali sofferenze post-prandiali si sono prolungate negli ultimi 6-7 mesi: sovente ha vomito liberatore, spesso provocato, acido, abbondante, biliare, con residui alimentari.

Soggetto deperito, terreo; addome allargato, flaccido, si provoca guazzamento, non si palpa tumore, dolore a sinistra dell'ombellico. A digiuno con la sonda si estraggono 2-3 litri di liquido biliare, iperacido (HCl libero, non acido lattico), con residui alimentari.

Radiologicamente: enorme gastrectasia, peristalsi valida, contorni regolari; piloro ampio; si riempie facilmente il duodeno, gigantesco, dilatato, e allungato sino nella fossa iliaca destra; a livello della IV lombare lo svuotamento duodenale si arresta: stasi gastro-duodenale per oltre 24 ore. Scarso riempimento del tenue. Non si vedono tracce di anastomosi.

Diagnosi: *stenosi bassa del duòdeno.*

Atto operativo: eteronarcosi. Laparotomia mediana. Estese e tenaci aderenze epiploiche e gastro duodenali (specie porzione pilorica e prima del duodeno) con la parete addominale, il fegato e la colecisti (priva di calcoli). Stomaco, piloro e duodeno molto dilatati. Sollevato il traverso, si scopre un'anastomosi gastro-digiunale, in corrispondenza della quale si palpa un tumore come una grossa noce: si tratta di un'ulcera callosa del versante digiunale dell'anastomosi, infiltrante la radice del mesentere e comprimente così il duodeno 4ª all'incrocio con la mesenterica.

Resezione dell'ulcera e anastomosi termino-terminale dei monconi digiunali; resezione gastrica con impianto gastro-digiunale antecolico alla Reichel-Polya.

Diagnosi operatoria: *ulcera peptica del digiuno* (secondaria e gastroenterostomia) *con stenosi duodenale, provocata dall'infiltrazione ulcerosa della radice mesenterica.*

Decorso perfettamente regolare sino alla 18ª giornata, nella quale comincia a lamentare qualche dolore addominale con senso di pesantezza epigastrica e di acidità. Il sondaggio a digiuno estrae circa un bicchiere di liquido chiaro, acido.

In 22ª giornata improvvisamente dolore acuto, come lacerazione, all'ipocondrio destro, che si propaga alla regione lombare e al quadrante inferiore dello stesso lato; non vomito, nè singhiozzo; meteorisma. Un clistere provoca esacerbazione del dolore, non emissione di feci e di gas, e rapidamente il polso cade in ipotensione, compare facies, timpanismo preepatico, collasso.

Necroscopia: peritonite putrida del piano superiore destro dell'addome; in corrispondenza dell'angolo destro del colon esiste una perforazione rotonda, a stampo, di 7 mm. di diametro, con margini sottili, non infiltrati, ischemici, tra i quali si insinua una massa fecale indurita; non esistono segni di infiltrazioni specifiche della mucosa vicina, nè altre lesioni ulcerose nelle restanti parti del canale alimentare. L'anastomosi gastro-digiunale è perfettamente cicatrizzata e i rapporti dei due visceri sono normali; la sutura del moncone duodenale è cicatrizzata e il duodeno ha ripreso il suo calibro normale. Pancreas e reni normali; nessun'altra lesione patologica nei visceri non menzionati.

Diagnosi necroscopica: *peritonite da perforazione d'ulcera semplice del colon.*

L'esame istologico dei margini della perforazione dimostra che tutti gli strati intestinali sono interrotti quasi bruscamente, presentando scarsi fatti d'infiltrazione embrionaria e prevalenti fatti ischemici e necrotici, si sorprende un'*arteriola obliterata da un trombo in via d'organizzazione.*

L'importanza di questa osservazione è nei due fatti, clinicamente diversi, ma patogenicamente forse dipendenti da un processo unico.

1) *La stenosi duodenale determinata da ulcera peptica del digiuno, secondaria a gastroenterostomia.*

2) *L'ulcera semplice perforante del colon, successiva alla resezione per l'ulcera digiunale.*

La *stenosi duodenale* era determinata dalla compressione del peduncolo mesenterico sulla quarta porzione del duodeno, non per il classico meccanismo della costrizione del compasso arterioso, bensì per *infiltrazione iperplastica della radice mesenterica* da ulcera peptica callosa sul versante digiunale (com-

messura posteriore) d'un'anastomosi gastroenterica.

Sono note le numerose cause funzionali e organiche di stenosi duodenale. L'ulcera, in ispecie, ha potuto dare stenosi per retrazione cicatriziale, per aderenze, per spasmi. Nel nostro caso non si poteva pensare all'esistenza d'una stenosi cicatriziale di D4 da ulcera, perchè la resezione dell'ulcera digiunale ha fatto scomparire la stenosi. Nè si può invocare un meccanismo di spasmo a distanza (Del Valle e Donovan), inammissibile per l'enorme duodenogastrectasia e per la costanza dell'ostacolo. L'ulcera peptica in questione determinava bensì una stenosi organico-spastica della bocca anastomotica, ma non stenotizzava il digiuno, chè l'ansa afferente (dall'angolo di Treitz all'anastomosi) non era dilatata. L'infiltrazione callosa, che partiva dall'ulcera, si propagava pel mesentere e formava sotto il peritoneo parietale posteriore una placca densa, fissa contro la colonna, in corrispondenza dell'incrocio del peduncolo mesenterico col duodeno.

Tra le cause organiche di compressione duodenale è da segnalare, adunque, questa da me osservata: l'infiltrazione mesenterica da ulcera peptica digiunale. La quale può essere un fatto meno singolare, che non sembri per il silenzio della letteratura, perchè, ove funzioni la bocca della gastroenterostomia, la fenomenologia della stenosi duodenale non riesce a individualizzarsi da quella dell'ulcera peptica, e può essere tra le cause varie e di oscura interpretazione clinica del funzionamento cattivo della gastro-enterostomia.

L'*ulcera semplice del colon*, descritta da Cruveillier, è stata oggetto di studio d'insieme da Quénu e Duval (31 osservazioni), Lévy (37 casi), Burron (54 osservazioni) oltre a numerosi contributi isolati. È un'affezione molto oscura nella sua patogenesi. Può associarsi ad analoga lesione dello stomaco, del duodeno, del tenue.

Per questo, la si deve considerare come una manifestazione colica della così detta « malattia ulcerosa »? Tale espressione, se traduce il nostro sconforto nelle ricerche sull'etiologia dell'ulcera, è lungi dal portare chiarezza nel campo delle nostre conoscenze.

Ci sembra pertanto troppo vago concludere, nel nostro caso: vedere la malattia ulcerosa con quanta pertinacia ricompare, malgrado gli sforzi terapeutici, del duodeno al digiuno al colon!

Per l'ulcera del colon l'intervento del fattore peptico non si può invocare, come per lo stomaco, il duodeno, il digiuno. Non così dicasi del fattore circolatorio. Le *lesioni vascolari* sono state riscontrate, se non in modo costante, almeno molto frequente. Le lesioni consistono infatti di endoarterite obliterante o trombosante. Nel nostro caso s'è osservato ischemia dei margini della lesione con trombosi d'una arteriola. Noi possiamo pertanto concludere che la causa dell'ulcerazione perforante sia stata un *disturbo circolatorio limitato alla parete colica da trombosi d'un circoscritto territorio arterioso terminale.*

Ciò è un passo nell'interpretazione patogenetica, ma non è tutto se non si spiega l'origine del disturbo circolatorio. Il colon trasverso, nel nostro caso, aveva estese aderenze con la parete addominale anteriore, il che può rendere conto d'un certo grado di dilatazione e di stasi fecale a monte. La stasi fecale e il decubito di fecalomi sono stati in qualche caso reputati responsabili di lesioni ulcerative del genere. Ma nel nostro tale momento non ci sembra potere assurgere al valore di causale determinante, bensì semplicemente predisponente.

Non possiamo pensare che l'ulcera sia conseguenza di lesione vascolare operatoria del mesocolon, perchè la topografia vascolare dell'angolo splenico non corrisponde alla sede dell'asola mesocolica.

Non possiamo invece trascurare il particolare che la lesione precedente, l'ulcera digiunale, aveva profondamente infiltrato la radice del mesentere, e con questa necessariamente coinvolto il tronco stesso dell'*arteria mesenterica.* Non si potrebbe attribuire a tale infiltrazione — per azione meccanica, o flogistica, o irritativa, sul simpatico perivasale — la causa prima d'un processo embolico che abbia colpito un minuscolo tratto del territorio vascolare periferico della stessa arteria? Ci limitiamo ad avanzare una semplice ipotesi, comunque più soddisfacente alla logica del fantastico appello alla « malattia ulcerosa », che il singolare succedersi di analoga manifestazione morbosa porterebbe ad invocare.

Ancona, 10 giugno 1931.

RIASSUNTO.

L'A. ha osservato un'ulcera peptica digiunale postoperatoria, che determinava grave stenosi della 3ª porzione del duodeno per infiltrazione nella radice mesenterica.

A tre settimane dalla resezione digiunale e gastrica con anastomosi alla Polya, scomparsa la stenosi duodenale, s'ebbe perforazione di un'ulcera semplice dell'angolo epatico del colon, che l'A. ritiene in rapporto a disturbi circolatori provocati dall'infiltrazione intorno alla mesenterica.

CASISTICA.

Su alcune emorragie gastro-intestinali, di causa mal conosciuta.

Chiray ed Amy (*Le Scalpel*, 83° anno, n. 25) riportano alcuni casi di ematemesi e di melena sopravvenuti all'infuori di ogni lesione ulcerosa o cancerosa. Sono note le emorragie intestinali durante una colecistite ed in genere durante la litiasi biliare: i due casi riportati non avevano nè l'una nè l'altra.

Il primo malato, sospettato portatore di aderenze periduodenali era stato operato ma nulla era stato trovato. Due anni dopo in seguito a nuove sofferenze il radiologo sospetta una vecchia ulcera: due giorni prima dell'esame radiologico il p. ha una abbondante ematemesi. L'intervento chirurgico non discopre che una subocclusione del tenue; nessuna lesione ulcerosa svelabile; liberazione delle anse. Esito negativo dell'intervento per l'aggravamento progressivo del malato e la morte con sintomi di pancreatite. L'esistenza di emorragie nelle perivisceriti post-operatorie si ritrova nelle osservazioni del Duval, Quenu, Basset ed altri: in quasi tutti si trattava di supposti ulcerosi. Le altre due osservazioni del Chiray ed Amy riguardano due casi di ematemesi sopravvenuti nel corso di disturbi del transit colico. Nella patogenesi di tali ematemesi alcuni fanno rientrare il fattore infettivo: Roger ha constatato emorragie gastriche realizzando l'infezione sperimentale del ceco. Ma non basta il fattore infettivo, bisogna anche dare importanza al fattore meccanico come hanno dimostrato le emorragie consecutive alle legature sperimentali dell'intestino eseguite da Natta, Larrier, Loewy ed altri. Un terzo fattore è il nervoso e per esso parlano le ematemesi delle crisi tabetiche. MONTELEONE.

Sulle alterazioni emorragiche della mucosa intestinale e le emorragie dell'intestino nell'influenza.

Nel decorso dell'ultima epidemia d'influenza furono osservati dei casi decorrenti con febbre scarsa o addirittura nulla e con manifestazioni catarrali del tutto insignificanti. Tali forme ambulanti e difficilmente diagnosticabili andarono tuttavia incontro alle stesse complicanze della grippe dichiarata e febbrile, e cioè: suppurazione dei seni, meningite, nevrite, artrite, colecistite ed appendicite. Un'altra complicanza speciale e frequente fu rappresentata dalle improvvise e profuse emorragie intestinali, sopravvenienti tanto nelle forme ambulanti che in quelle dichiarate.

Vari casi ne sono stati osservati da L. Dinkin (*Deut. Med. Woch.*, n. 18, 1931), il quale però, nella maggior parte dei propri pazienti riuscì a rintracciare nell'anamnesi una dissenteria o una colite sofferta parecchi anni prima. La causa di tali emorragie risiederebbe in una alterazione emorragica superficiale della mucosa del crasso e delle porzioni inferiori del tenue. M. FABERI.

Pseudogastropatie da appendicite.

Una perfetta anamnesi e l'osservazione accurata del paziente, possono, in una grande percentuale di casi, dimostrare che molte sofferenze gastriche non sono che conseguenze di un'appendicite cronica.

Stappert (*Münch. Med. Woch.*, 8 gennaio 1932) ha studiato 177 casi di gastroepatici ed ha potuto conchiudere che, fra questi, in 87 casi, tutti i disturbi di stomaco erano consecutivi ad appendicite. In 46 degli 87 casi succitati, si intervenne operativamente. Sia l'atto operativo, che dimostrò l'appendicite, come il decorso post-operatorio, nel quale si ebbe remissione delle sofferenze gastriche, confermarono l'interdipendenza fra appendicite e disturbi di stomaco. Ogni attacco acuto di appendicite inizia in genere con violenti dolori epigastrici; il dolore in sede appendicolare si manifesta solo quando inizia il peritoneo ad aver parte nel processo infiammatorio. Spesso, nell'appendicite cronica, la pressione sul punto appendicolare, causa un dolore epigastrico o che si irradia verso l'epigastrio. L'A. asserisce che circa un quarto dei sofferenti di stomaco sono in realtà solamente degli appendicitici. In quanto alla terapia crede che non si debba assolutamente intervenire in ogni caso, dato che spesso si possono avere dei buoni risultati con una cura medica appropriata. P. STEFFANUTTI.

Dita ippocratiche e poliposi intestinale.

Finora le dita ippocratiche sono state sempre considerate come segno di affezione pleuropolmonare o cardiaca. Sono state inoltre osservate da Marfan in una bambina affetta da 1 anno da cistite e pielonefrite da coli, da Cade e Chatin in una tubercolosi renale e da Gilbert e Lereboullet nelle cirrosi biliari.

Bensaude, Hillemand e Augier (*Bull. Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris*, n. 3, 1932) richiamano l'attenzione sulla presenza delle dita ippocratiche in tre malati di poliposi intestinale, nei quali mancava ogni segno di affezione cardiovascolare o polmonare. C'erano le tipiche dita ippocratiche, tumefazione indolente delle parti molli dell'ultima falange, unghie incurvate ed allargate a mo' di vetro d'orologio, mentre mancavano i fenomeni dolorosi e le alterazioni scheletriche costanti nella osteoartropatia di P. Marie. Gli AA. pensano come causa ad una turba della nutrizione generale dipendente dall'alterato transito ed assorbimento intestinale causato dalla poliposi, e non alle due teorie ammesse nella concomitanza dei vizi cardiaci (stasi venosa nella matrice dell'unghia e teoria tossinica).

Così pure Brulé e Lièvre (*Bull. Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris*, n. 3, 1932) ricordano un caso di poliposi colica e dita ippocratiche assieme. Era un soggetto di 34 anni, affetto da 10 anni da diarrea ribelle e da dolori addominali, tenesmo, feci mucosanguinolenti e stato cachettico. L'osservazione delle dita ippocratiche richiama in essi la probabilità di una poliposi intestinale, che venne confermata col riscontro digitale, colla rettoscopia e radiografia. Gli AA. pensano che tale ippocratismo digitale sia secondario alle turbe intestinali. CORELLI.

TERAPIA.

L'estratto paratiroideo nella cura delle ulcere gastro-duodenali.

M. Levy ed Erna Levy (*Arch. mal. app. digestif et nutrition*, ott. 1931) hanno trattato diversi pazienti affetti da ulcera gastro-duodenale, con l'estratto paratiroideo, di cui facevano serie di 12 iniezioni, ogni due giorni, a dose corrispondente a 10 cg. di ghiandola fresca. I malati non erano sottoposti a regime speciale e non osservavano il riposo fisico; sono stati seguiti per oltre un anno e mezzo.

Risulta che l'estratto paratiroideo può essere considerato come un'arma efficace ed un ottimo coadiuvante terapeutico nel trattamento delle ulcere gastro-duodenali. Mediante tale cura, il malato si sente immediatamente sollevato, lo stato generale migliora, il peso aumenta. In certi casi, tale cura può permettere l'attenuazione od anche la soppressione di un attacco evolutivo dell'ulcera; in altri casi, essa costituirà un trattamento preoperatorio, permettendo un intervento chirurgico ridotto al minimo e praticato sopra un paziente in migliori condizioni.

Ma se il trattamento dà sollievo, se riporta la proporzione dell'acido cloridrico alla normale, se anche può fare scomparire l'immagine radiografica di una nicchia, non si può concludere che esso sia capace di annullare l'evoluzione della malattia, non riuscendo esso a guarire le ulceri in modo definitivo.

fil.

Trattamento dell'ematemesi col catetere a permanenza.

I vantaggi dell'applicazione della sonda gastrica a permanenza nell'ematemesi sarebbero, secondo H. W. Lopez (*Journ. A. M. A.*, 12 settembre 1931) i seguenti, desunti dalla disamina di 28 casi personali:

1) Un lavaggio gastrico iniziale allontana i coaguli e la secrezione acida, senza disturbare il paziente;

2) il sifonaggio continuo protratto per 3 giorni mantiene lo stomaco libero dalla secrezione acida;

3) qualsiasi emorragia può essere scoperta immediatamente e curata, ricorrendo eventualmente all'atto operatorio se non si riesce ad arrestarla;

4) non si verifica nausea nè vomito ed il paziente prova un relativo benessere;

5) al 3° o al 4° giorno la sonda può esser fatta passare attraverso al piloro iniziando l'alimentazione duodenale, se l'emorragia è dovuta ad ulcera dello stomaco o del duodeno;

6) il colon può essere svuotato delle feci sanguigne ed utilizzato per la proctoclisi salina, senza timore di provocare una nuova emorragia gastrica. M. FABERI.

La dose massima terapeutica del cloridrato di emetina.

Ch. Mattei (*Le Bull. médical*, 28 nov. 1931) osserva che la tossicità cumulativa del cloridrato di emetina varia secondo gli individui e, quindi, non si possono fissare in modo assoluto le dosi da somministrare. Egli consiglia di stare attenti ai segni premonitori di tossicità, che indicheranno la necessità di sospendere il rimedio o di diminuirne la dose. Tali segni sono i seguenti.

1) *Segni digestivi.* Non si deve dare importanza alle nausee, che si hanno spesso alle prime iniezioni. Di grande significato è invece l'aumento della diarrea, che si è avuta specialmente negli individui in cui la dose totale era vicina ad 80 cg.; ma in alcuni si è avuta anche con dosi minori (di 50 ed anche di 24 cg.).

2) *Segni di insufficienza renale.* L'elevazione progressiva e costante della costante di Ambard annuncia la prossimità di incidenti di intossicazione; ma anche l'oliguria con o senza albuminuria debbono mettere il medico sull'avviso.

3) *Segni circolatorii.* Consistono specialmente in uno stato di ipotensione marcata e nell'acceleramento esagerato del ritmo cardiaco.

4) Possono anche aversi altri segni, quali: la broncorrea, dei dolori a forma di crampi agli arti inferiori, la facile stanchezza, la diminuzione dei riflessi rotulei.

Tenuto conto che i fenomeni tossici possono spesso presentarsi anche soltanto dopo una dose totale di 50 cg., è consigliabile di non oltrepassare tale dose per la cura di un episodio amebico. Il trattamento di consolidazione potrà poi farsi con l'arsenico per via orale, endomuscolare od endovenosa. *fil.*

Il " carbarsone ,, nella cura dell'amebiasi.

La cura medicamentosa dell'amebiasi non è soddisfacente colle sostanze comunemente usate. A. C. Reed e C. D. Leake (*Journal Americ. Med. Assoc.*, 16 gennaio 1932) hanno provato il carbarsone (acido 4 carbaminofenilarsonico) per via orale in 40 casi di ame-

biasi. La dose totale media adoperata in 6 settimane è di 75 mg. per chilo. Non ci furono fenomeni tossici. In tutti i casi i malati furono liberati dai parassiti nelle feci durante la cura e 36 rimasero negativi per un periodo di osservazione di quattro mesi e mezzo, uno fu negativo per meno di 3 mesi (non fu potuto seguire a lungo) e 3 fecero cura insufficiente.

Gli AA. consigliano di dare il carbarsone in dose di gm. 0,25 due volte al giorno, per 10 giorni consecutivi. È un medicamento che agisce senza bisogno di associarlo ad altri, si può dare per bocca, non ha azione dannosa e costa meno di altri prodotti antiamebici. Non si sa se abbia anche valore profilattico.

R. LUSENA.

Il trattamento delle anoressie dei poppanti.

Anzitutto, regolare l'alimentazione, dando le poppate ad intervalli regolari, abbastanza distanziati. Non dimenticare che l'eredosifilide può essere in causa; distinguere le false anoressie date da cause locali e che guariscono abbastanza presto.

Le anoressie digestive provengono spesso dallo spuntare dei denti e scompaiono presto.

Si possono prescrivere. 1) prima dei 6 mesi:

Protossalato di ferro
Magnesia calcinata ana cg. 10

Per una cart. Di tali una al giorno in due volte. Dopo il primo anno:

Cloruro di sodio
Bicarbonato di sodio ana g. 2
Acqua distillata cmc. 300

Un cucchiaio da frutta prima della poppata. Oppure:

Bicarbonato di sodio g. 2
Citrato di sodio
Solfato di sodio ana g. 1
Acqua distillata cmc. 250

Un cucchiaino prima di ogni poppata. In caso di intolleranza per il latte, sostituirlo con i surrogati.

(*Journ. des praticiens*, 18 luglio 1931).

fil.

Nella fase terminale della tubercolosi intestinale.

L. Brown e L. Sampson (*Journ. Amer. Med. Assoc.*, 2 gennaio 1932) consigliano il salicilato di fenile oppure le polveri di Tully, così composte:

Solfato di morfina cg. 50
Canfora g. 9,5
Creta preparata
Polv. di liquirizia, ana g. 10

S. da prenderne una ogni 4 ore.

fil.

IGIENE.

L'enterobiosi e gli ossiuri.

A Petrovic (*Münch. med. Wochens.*, 17 aprile 1931) ricorda che da ricerche di Oleinikow risulta che le uova di ossiuri si trovano in una certa abbondanza nella polvere raccolta sui banchi di scuola ed ammette pertanto la possibilità di penetrazione delle uova di ossiuri nella cavità orale e nelle vie aeree. Tale possibilità sarebbe anche dimostrata da un caso dell'A. di un individuo che nonostante le più rigorose misure di profilassi era portatore di uova di ossiuri, che vennero riscontrate nel duodeno.

L'A. conclude, quindi: 1) che ai metodi di ricerca consueti per gli ossiuri e le loro uova, si deve aggiungere anche la ricerca nel succo duodenale; 2) data la possibilità di invasione degli ossiuri anche per le vie aeree, si deve aggiungere alla consueta profilassi, la disinfezione della bocca e delle cavità nasali; 3) in un ambiente infestato da ossiuri, è necessario estendere la ricerca a tutti gli individui conviventi per scoprire gli eventuali portatori.

fil.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Il chimismo gastrico nell'insufficienza cardiaca.

Nell'insufficienza cardiaca pronunciata con edemi periferici, Ch. Rahier (*Presse médicale*, 10 giugno 1931) rileva che vi sono dei disturbi dispeptici caratterizzati dalla diminuzione del succo gastrico, dalla scomparsa dell'acido cloridrico libero e dall'atonia gastrica.

Il malato, che era acloridrico nel periodo di scompenso, ritorna a secernere un succo gastrico normale, tanto per la quantità di acido cloridrico libero quanto per il volume della secrezione, quando gli edemi periferici sono scomparsi e quando non vi sono più i segni dell'insufficienza cardiaca.

Nelle affezioni renali senza insufficienza cardiaca, ma accompagnate da edemi periferici, non vi sono modificazioni della secrezione cloridrica.

fil.

La sindrome umorale dell'occlusione intestinale.

Gosset et Binnet L. Codomis (*Petit Dutaillis Pr. médicale*, n. 47, 1931), hanno studiato nel siero sanguigno di cani portatori di un'occlusione intestinale il tenore di cloro, di sodio, di azoto non proteico, di proteine e di grassi totali.

Queste ricerche che seguono a quelle analoghe di Wipple, Haden e Orr, Binet, ecc. confermano l'esistenza sui cani occlusi di una sindrome umorale consistente, da una parte nella già constatata caduta del cloro e nello abbassamento meno accentuato del sodio, per il che furono dagli AA. raccomandate le iniezioni ipertoniche di NaCl, dall'altra in una elevazione dell'azoto non proteico, in un forte aumento delle proteine specialmente della globulina e in una talora considerevole iperlipemia tardiva.

B. PAGGI.

VARIA

Fame e appetito.

Si ritiene generalmente che la fame e l'appetito siano sensazioni della stessa specie, che abbiano la stessa origine e tendano allo stesso scopo, e che differiscano unicamente per la loro intensità.

I metodi moderni dell'indagine fisiologica hanno consentito di distinguere l'origine ed i caratteri delle due sensazioni, che in effetti corrispondono a due bisogni distinti dell'organismo. La fame è l'espressione dell'istinto di conservazione che spinge l'individuo ad alimentarsi quando ne ha bisogno, mentre l'appetito è un fenomeno che concorre all'assolvimento della funzione digestiva.

Molti studî si sono fatti per definire la causa e la sede della sensazione della fame, e molte teorie sono state emesse al riguardo.

Le più attendibili sono quella che considera la fame una sensazione che ha il suo punto di partenza in tutti i tessuti dell'organismo e quella che la localizza nello stomaco.

La sensazione della fame è complessa: malessere generale, indefinito, caratteristico, cefalea, debolezza generale, crampo doloroso dello stomaco.

Il fatto che lo stomaco è l'organo nel quale per primo si raccoglie l'alimento e dove questo subisce le più importanti trasformazioni, e la circostante che la principale manifestazione della fame è il crampo dello stomaco, crampo che cessa con il riempimento di questo, hanno dato maggiore carattere di verisimiglianza alla teoria gastrica della fame.

Ma ammesso l'accordo su questo fatto risorsero nuove divergenze circa la causa fisiologica della sensazione. Alcuni attribuirono la fame all'eccesso di acidità esistente nello stomaco, altri allo stato di vuoto ed al collabimento delle pareti gastriche, altri infine alle contrazioni dello stomaco.

Tutte queste vedute furono sostenute e combattute con pari ardore senza però dimostrazioni decisive in un senso o in un altro.

La prova sicura che la sensazione della fame è data dalle contrazioni dello stomaco fu data nel 1911 da Cannon e Washburn.

Questi autori con esperimenti semplici quanto decisivi dimostrarono che la fame coincide con una forte contrazione dello stomaco e, fatto importante, la contrazione precede sempre la sensazione.

Ma attraverso quale meccanismo si producono le contrazioni dello stomaco?

La risposta a questo quesito, che pure aveva dato luogo a numerose ricerche con risultati più o meno contraddittorî, fu data nel 1924 da due autori pur essi americani, Carlson e Balatao, i quali dimostrarono che le contrazioni dello stomaco che provocano la fame sono dovute all'ipoglicemia determinata dal digiuno.

Al riguardo è interessante riferire come è stata spiegata la fame dei diabetici che si ha malgrado l'iperglicemia e che si calma con la iniezione d'insulina. L'organismo diabetico non può ossidare il glucosio e quindi, malgrado l'iperglicemia, i suoi tessuti si trovano come privi di zucchero non potendo consumarlo. La iniezione d'insulina rendendo utilizzabile lo zucchero mette l'organismo nello stato normale, e le contrazioni dello stomaco si calmano a causa del tasso elevato di glicemia.

La fame, adunque, allo stato attuale delle nostre conoscenze fisiologiche è dovuta alle contrazioni dello stomaco determinate dall'ipoglicemia del digiuno, contrazioni che determinano nel campo della coscienza una sensazione dolorosa, la quale serve ad avvertire del bisogno di alimento.

L'appetito ha un meccanismo fisiologico affatto differente. Innanzi tutto esso è una sensazione piacevole, che rende più gustosi e più digeribili gli alimenti. Mentre la fame è spenta dall'ingestione dei cibi, l'appetito viene mangiando almeno fino che non interviene la sazietà.

Gley rileva come la dottrina dei riflessi condizionali abbia data un'esatta interpretazione dell'appetito, che prima in base alla sola introspezione veniva considerata una gradazione della fame.

Il fenomeno dell'appetito è costituito da un insieme di riflessi condizionali che si stabiliscono attraverso eccitamenti sensoriali diversi (olfatto, vista, gusto, udito) e le cui vie centrifughe sono costituite dalle fibre secretorie delle glandule salivarî e gastriche.

La percezione diretta degli alimenti o di tutte quelle condizioni che hanno riferimento con gli alimenti provoca una secrezione di saliva e di succo gastrico.

« Fare l'acquolina » in bocca è l'espressione banale di questo fatto fisiologico.

Questa condizione d'iperattività digestiva, di adattamento degli organi alla funzione che si apprestano a compiere si traduce con una sensazione piacevole di desiderio, di appetenza.

Così come la turgescenza degli organi genitali rende più desiderabili gli individui del sesso opposto.

Le emozioni, come avviene per tutti i riflessi condizionali, possono inibire l'appettito, ma non hanno alcun'influenza sulla fame. L'appetito è specificamente inibito dai cibi disgustosi.

La fame adunque, è una sensazione dolorosa legata a un istinto innatto, l'appetito è legato a riflessi elaborati nel corso dell'esistenza.

La fame può accrescere l'appetito, questo a sua volta concorre ad agevolare la funzione digestiva.

argo.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Della graduatoria nei concorsi.

Se è vero che, come fu accennato alla Camera, si sta preparando la riforma della legge sanitaria, è forse questo il momento buono per battere l'annosa questione della graduatoria che, come è congegnata ora, ha dato e dà tuttora luogo a tante critiche.

Ultimamente nel *Policlinico* il dottor Carraro se la prendeva cogli *ex aequo*, ossia coi gruppi a cui ricorrono quasi sempre le Commissioni. Ha perfettamente ragione. Ma non è il caso, per togliere questo inconveniente, di complicare di più le cose ampliando ancora l'*idoneità*, portandola cioè ai 18/30, mentre la tendenza del Governo, come sappiamo, è più per restringerla (giustamente) che per allargarla.

Perchè si fanno gli *ex aequo*? Lo sappiamo. Le Commissioni male si rassegnano a dichiarare non idoneo un medico che ha la sua brava laurea, e siccome la legge o meglio il Regolamento si prestano, mettono tutti i concorrenti o la maggior parte al riparo del 27 famoso. Ma dato che le graduazioni di idoneità sono soltanto 4, così, quando i concorrenti sono molti, occorre metterne più d'uno per ogni gradino. Donde i gruppi od *ex aequo*.

Ora di ciò non si può far carico alle Commissioni, perchè il Regolamento stabilisce che si faccia una votazione: dimodochè se due o più concorrenti riportano supponiano 30/30 è giusto che siano tutti posti *ex aequo* nello stesso gruppo. E allora che cosa si deve fare? Null'altro che *delenda* votazione, e un articolo semplicissimo che dica: « La Commissione forma « la graduatoria distribuendo tutti i concorrenti « *individualmente* per ordine di merito; la nomina dovrà cadere sopra uno dei primi tre ».

Questo è ciò che si fa ordinariamente nelle nomine dei medici di Ospedale. E non sarebbe male che si cominciasse a riordinare tutta la materia dei concorsi sanitari con metodi uniformi, eliminando il caos che regna tuttora, per cui si vedono dei concorsi anche importanti nei quali si richiedono pochissimi documenti ed altri per cui non bastano ad elencarli tutte le lettere dell'alfabeto. Vero è che molti di essi documenti hanno spesso una sola spiegazione: *ad usum Delphini*, cioè servono ad includere o ad escludere qualche Tizio o qualche Caio, specialmente quando devono certificare il numero di anni preciso che si richiedono tassativamente o come assistente o come aiuto o come primario, ecc. ecc.

Ma questa è una ragione di più per mettere un po' d'ordine anche in tale faccenda, stroncando tutti i giochetti possibili, per ottenere che trionfi il vero merito, come ha mostrato di volere rigidamente l'on. Arpinati colle sue due Circolari anche in contrasto col Consiglio di Stato.

E così pure si dovrebbe regolare la pubblicità dei concorsi, obbligando gli enti pubblici, sotto pena di nullità, a pubblicare con tempestivo anticipo gli avvisi in uno o più giornali ufficiali. E inoltre semplificare in qualche modo il complesso labirintico delle preferenze di ordine militare, demografico, ecc.

Dott. ANTONIO DAL PRATO.

Faenza, 4 marzo 1932.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

CALZAGO S. MARTINO (*Brescia*). — Scad. ore 17 del 15 mag.; 1ª cond. (capoluogo); L. 7920 e 6 quinquenni dec., oltre L. 1320 bicicletta e L. 440 uff. san.; tassa L. 50; servizio entro il 25 maggio. Chiedere annunzio.

CAMPOLIETO (*Campobasso*). — Scad. 10 mag.; L. 6000, oltre addizionale L. 5 ogni pov. in più del 5% della popolaz.; 3 quinquenni dec.; per uff. san. L. 500; riduz. 12%; tassa L. 50; età lim. 40 a.

CHIETI. *Amministrazione Provinciale*. — Per titoli e per esami. Posto di Coadiutore della Sezione Chimica e posto di Coadiutore della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale d'Igiene e Profilassi con sede in Chieti. Stipendio iniziale L. 12.000, con 5 aumenti quadriennali di L. 1000 ciascuno, indennità di servizio attivo di L. 2000, e indennità caro viveri, soggetti alla riduzione del 12% ed alle ritenute d'obbligo oltre il 10% dei proventi per ricerche ed analisi. I concorrenti, di età non superiore ai 35 anni, alla data dell'avviso di concorso (3 febbraio 1932), salvo il disposto dell'art. 42 del R. D. 30 settembre 1922, n. 1290, dovranno presentare la domanda corredata dei documenti di cui all'art. 8 del R. D. 16 gennaio 1927, n. 155, nonchè tutti gli altri titoli scientifici e di carriera che si ritenesse di produrre. Le prove di esame si svolgeranno secondo il programma e le norme generali stabilite dal Ministero dell'Interno, in luogo e giorni che saranno comunicati agli interessati. I concorrenti saranno giudicati dalla Commissione di cui all'art. 5 del citato R. D. 16 gennaio 1927 ed in conformità dell'art. 12 dello stesso Decreto. Scadenza 20 aprile. Per schiarimenti rivolgersi alla Segreteria dell'Amministrazione Provinciale di Chieti.

Chieti, li 3 febbraio 1932-X.

COMO. *Amministraz. Provinc.* — Scad. 30 apr.; direttore del Consorzio antitubercolare; L. 21.000 e 3 trienni dec., oltre L. 3000 indenn. carica direz. dispensario; riduz. 12%; indenn. trasferta variabile (pel 1932 L. 500); età lim. 45 a.

CORTENUOVA (*Bergamo*). — Per titoli, posto di unico medico condotto del Comune. Stipendio L. 8000 annue al lordo delle ritenute di legge; indennità caro viveri di legge; di Ufficiale Sanitario L. 500; di trasporto L. 500; di ambulanza L. 200; quote capitarie annue di L. 5 e L. 2 per ogni ammesso nell'elenco degli aventi diritto all'assistenza sanitaria e farmaceutica gratuita od alla sola assistenza sanitaria gratuita. Cinque aumenti periodici quinquennali di un decimo sullo stipendio e sull'indennità di Ufficiale Sanitario.

Stipendio ed indennità soggetti alle ritenute di legge. Età massima anni 45. Documenti di rito in competente bollo e debitamente legalizzati, laurea in medicina e chirurgia conseguita presso una R. Università del Regno, prova degli esami di Stato, ove occorra, certificato d'iscrizione all'albo di un Ordine medico e tassa di L. 50 al Municipio di Cortenuova. Scadenza ore 18 del 31 maggio 1932. Assunzione in servizio entro trenta giorni dalla partecipazione ufficiale della nomina. Chiedere bando concorso ed informazioni alla Segreteria Comunale.

COTIGNOLA (*Ravenna*). — Scad. ore 17 del 10 apr., 1° reparto; L. 8500 dal Comune e L. 2500 dalla Congregaz. di Carità per gl'istituti da essa dipendenti, oltre L. 500 trasp., L. 1000 se uff. san., c.-v., L. 1200 serv. att.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50,15; doc. a 3 mesi.

INZAGO (*Milano*). — Scad. 31 mar.; 2ª cond.; L. 7920 al netto trattenuta 12 %; per trasp. L. 1500.

MARCELLINARA (*Catanzaro*). — Scad. 31 mar.; L. 7500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 500 indenn. malarica; riduz. 12 %; età lim. 45 a.

MASSA e COZZILE (*Pistoia*). — Scad. 15 mag.; L. 7000 non soggette a riduzioni, oltre c.-v.; lire 3000 trasp., L. 700 uff. san., trienni ventesimo senza limitazioni nel numero dei trienni, età lim. 35 a., tassa L. 50.

MESSINA. *Amministrazione Provinciale*. — Coadiutore del Laboratorio d'Igiene e Profilassi, Sezione Micrografica; L. 13.700 aument. in tre quadrienni a L. 16.000, oltre serv. att. L. 3500 e c.-v.; ritenuta 12 %. Scad. 30 apr. Rivolgersi Segreteria Generale.

MONTELEONE DI SPOLETO (*Perugia*). — Scad. 31 mar.; L. 10.000 oltre L. 600 serv. att., 4 quinquenni dec.; deduz. 12 %; trasp. a carico del Comune.

MONTOTTONE (*Ascoli Piceno*). — Scad. 20 mag.; L. 8200 complessive pel 25 % della popolaz.; addizionale L. 5; per cavallo o automob. L. 2700; per uff. san. L. 500; assegno per studi L. 500; indenn. forese L. 500; riduz. 12 %; 5 quadrienni dec.; età lim. 45 a.

NOVATE MILANESE (*Milano*). — Per titoli. Stipendio lordo L. 9000 più L. 1000 per indennità di Ufficiale Sanitario. Età massima anni 35, salve eccezioni di legge previste per invalidi di guerra ed ex combattenti, nonchè per coloro che prestino od abbiano prestato servizio presso altre pubbliche Amministrazioni nel qual caso nessun limite di età è fissato. Gli aspiranti dovranno presentare o fare pervenire all'Ufficio Comunale entro il 10 aprile domanda in competente bollo scritta e sottoscritta, corredata dei documenti di rito in bollo e legalizzati in quanto occorra, del diploma di abilitazione o della laurea in medicina e chirurgia in originale o in copia notarile, della ricevuta del vaglia postale ordinario di L. 50,15, quale tassa di concorso, da indirizzare alla Esattoria-Tesoreria Comunale, nonchè di tutti quegli altri documenti atti a comprovare la capacità scientifica e l'attitudine al servizio. Lo stipendio è aumentabile di un decimo dopo ogni quadriennio e così per cinque quadrienni.

PIETRALUNGA (*Perugia*). — Scad. 30 apr.; 1ª cond.; L. 7920, oltre L. 663,60 c.-v., L. 1056 serv. att., L. 3520 cavalc., già ridotti; 3 quinquenni dec.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10. Chied. annunzio.

S. ANDREA (*Frosinone*). — Scad. 10 mag.; lire 10.500 oltre L. 2000 cavalc.; riduz. 12 %; 5 quadrienni dec.; età lim. 40 a.; tassa L. 50.10.

SCANDIANO (*Reggio Emilia*). — Scad. 15 mag.; per 3 frazioni; L. 7040 oltre L. 2640 trasp., L. 880 indenn. resid.; L. 440 ambulat.; retribuzioni già ridotte; 5 quadrienni dec.; c.-v.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

SORIANELLO (*Catanzaro*). — Scad. 30 mar.; lire 7500 e 5 quadrienni dec.; riduz. 12 %; età lim. 45 a.; tassa L. 50.

VALLE DI CADORE (*Belluno*). — Consorzio Valle di Cadore-Cibiana. Stipendio annuo L. 10.000 per mille poveri; addizionale per altri 200 L. 5; dai 200 ai 400 L. 3; per i rimanenti L. 2. Indennità di caro viveri L. 1200; di alloggio L. 1500; di trasporto con cavallo od automobile L. 3500; Ufficiale Sanitario L. 500, il tutto al lordo delle ritenute di Legge e del 12 %. Cinque aumenti quadriennali del decimo. Tassa concorso L. 50. Scadenza 31 maggio. Per schiarimenti rivolgersi Segreteria Comune di Valle di Cadore.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche, i compensi allo stipendio base.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Nel concorso per il posto di primario ostetrico, direttore dell'Istituto Materno annesso all'Ospedale C. e G. Mazzoni di Ascoli Piceno, sono stati classificati: 1° Gusso prof. Aldo, 2° De Bella prof. Eugenio; 3° *ex aequo* Falco prof. Alessandro e Tropea prof. Ugo. È stato nominato il prof. Aldo Gusso, della Scuola di Padova. Congratulazioni.

Sono nominati cavalieri nell'Ordine Mauriziano i proff. Aristide Busi, preside della Facoltà medica di Roma, e Luigi Guglianetti, ordinario di Clinica oculistica a Torino.

L'Associazione Americana per il Progresso delle Scienze ha conferito un premio di mille dollari al dott. Carlo Speidel, per i suoi studi sull'accrescimento dei nervi.

NOTIZIE DIVERSE.

Associazione internazionale di fisioterapia.

In occasione del V Congresso Internazionale di Fisioterapia svoltosi a Liegi nel settembre 1930, furono poste le basi di un'Associazione Internazionale di Fisioterapia allo scopo di organizzare in ogni Paese un'intensa propaganda a favore della terapia a mezzo di agenti fisici, favorendo le ricerche scientifiche e le applicazioni pratiche anche a mezzo dell'insegnamento ufficiale universitario, e combattendo con ogni mezzo il ciarlatanesimo.

La sede della Società è nel Belgio: possono parteciparvi tutti i cultori medici della specialità, previa presentazione dei delegati nazionali. Del Comitato internazionale fan parte un delegato e un supplente in rappresentanza dei Comitati nazionali espressamente designati per ogni Paese. La quota per il triennio 1931-1934 è fissata in 50 belgas, pari a L. 80. Il prossimo Congresso si terrà a Boston nell'autunno 1933.

Il Comitato nazionale italiano è costituito dai seguenti membri: prof. on. E. Morelli, Roma, presidente; radiologia: prof. M. Ponzio, Torino, delegato; fisioterapia: prof. A. Vinaj, Milano, supplente; idrologia: prof. S. Pisani, Firenze; talassoterapia: prof. G. Ceresole, Venezia Lido; climatologia: prof. S. Vacchelli, Cortina d'Ampezzo; attinologia: prof. R. Porcelli, Livorno; educaz. fisica, sport: prof. M. Cassinis, Roma; elettroterapia: prof. L. Bordoni, Siena; termoterapia: prof. E. Di Tommasi, Napoli.

Per schiarimenti e per adesioni si prega d'indirizzare ogni richiesta al delegato prof. M. Ponzio, Ospedale Mauriziano, Torino.

10° Congresso nazionale di medicina del lavoro.

Per la partecipazione al X Congresso Nazionale di Medicina del Lavoro, indetto a Milano dal 23 al 25 aprile, si è costituito un Comitato per l'Italia Centrale, con sede in Roma, in piazza Cavour n. 3, presso la Direzione generale della Cassa Nazionale per gli infortuni.

Fanno parte del Comitato i professori della Scuola di perfezionamento in Medicina del Lavoro della R. Università di Roma, il segretario del Sindacato nazionale dei medici e i rappresentanti di vari enti statali e parastatali, interessati agli studi di Medicina del Lavoro.

Il Comitato è così composto: presidenti onorari: dott. G. Calamani, dott. E. Carnevali; presidente: prof. A. Busi; vice-presidenti: prof. P. D'Alessandria e prof. A. Ranelletti; membri onorari: prof. S. Baglioni, prof. F. Banissoni, on. comandante M. Barenghi, prof. R. Dalla Vedova, prof. S. De Sanctis, prof. S. Diez, dott. A. Filippini, prof. G. Giannini, prof. A. Ilvento, prof. G. Loriga, on. prof. E. Morelli, prof. P. Ottonello, prof. I. Romanelli, dott. F. Simeone e dott. A. Vigliani; segretario: dott. U. Marsili.

Ricordiamo che i temi all'ordine del giorno sono i seguenti: « Il lavoro intellettuale » (relatori: proff. L. Ferrannini e S. De Sanctis); « Il lavoro nei campi. Patologia, igiene, legislazione sociale » (relatori: dottori G. Caso, L. Noviello, proff. E. Sorrentini, G. Aiello e on. prof. N. Castellino); « Patologia da solventi e misure igieniche e profilattiche » (relatori: proff. L. Carozzi, G. Loriga e A. Nebuloni).

L'iscrizione al Congresso è gratuita per i soci della Società Italiana di Medicina del Lavoro; per i non soci la tassa ammonta a 25 lire con diritto agli atti. I partecipanti potranno fruire del ribasso del 50 % accordato dalle FF. SS. per la Fiera di Milano. Per le iscrizioni, il versamento della quota, la presentazione di comunicazioni e la richiesta eventuale di informazioni, rivolgersi alla segreteria del Comitato, in piazza Cavour n. 3, presso la Cassa Nazionale degli infortuni.

1° Congresso nazionale della Società di chirurgia della bocca.

Il Consiglio direttivo della Società italiana di chirurgia della bocca, in una riunione presieduta dal prof. Arlotta, ha deliberato la convocazione di un primo Congresso nazionale, da tenersi a Parma nella seconda metà del mese di maggio.

Il Congresso si svolgerà nell'Aula Magna della R. Università di Parma sotto l'alto patronato di S. E. l'on. prof. Paolucci, direttore di quella Clinica chirurgica universitaria.

Fanno parte del Comitato organizzatore: il prof. G. Corradi, direttore dell'Istituto di odontoiatria dell'Università di Parma, quale presidente effettivo; il comm. A. Alessandrini, vice-presidente; i dottori Azzolini e Rebecchi, segretari.

Convegno sulla fangoterapia.

I proff. Donati e Micheli, direttori del Centro di studi sulla fangoterapia presso le terme di Acqui, hanno indetto per i giorni 4 e 5 giugno un Congresso medico da tenersi in Acqui. Saranno trattate questioni mediche varie con speciale riguardo al reumatismo. Il tempo utile per prenotarsi per le comunicazioni scade il 30 aprile ed il testo di esse deve essere comunicato alla Direzione delle Terme di Acqui. Verranno concesse agevolazioni di viaggio e di soggiorno ai congressisti.

Il Congresso riuscirà senza dubbio una manifestazione di grande interesse.

Congresso francese di neuro-psichiatria.

Dal 25 al 30 luglio si adunerà a Limoges il 12° Congresso annuale degli alienisti e neurologi della Francia e dei Paesi di lingua francese. Segretario generale è il Dr. O. Grouzon, avenue d'Iéna 70-bis, Paris.

Congresso tedesco di psichiatria.

La Lega tedesca di psichiatria si adunerà a Bonn dal 18 al 21 maggio. Per informazioni e iscrizioni rivolgersi al prof. G. Ilberg, Schuberstr. 41, Dresden, Germania.

Società belga di gastro-enterologia.

Ha tenuto una riunione il 27 febbraio, sotto la presidenza del prof. de Beule, di Gand. Il prof. H. Surmont, di Lilla, accompagnato da un assistente, Jean Tiprez, e da due interni, Robert Dubois e Robert Tribaut, ha fatto una conferenza illustrata sull'anatomia del colon sinistro e del colon pelvico; egli ha mostrato 400 radiografie, in parte stereoscopiche, ottenute dopo irrigazione con sospensioni opache. In seguito a una modellatura dell'addome eseguita dal sig. Minne, egli stima che il decubito dorsale valga meglio di quello ventrale per precisare la posizione delle flessure coliche: su 400 soggetti ha trovato appena

il 7,75 % di casi normali secondo i dati classici. L'esposizione è stata corredata anche da numerosi disegni e da diapositive stereoscopiche.

In seguito la sig.ra Jonkheere ha trattato della « coprologia in patologia intestinale ».

Conferenza internazionale sull'oppio da fumo.

Si è svolta a Bangkok dal 9 al 27 novembre, organizzata dalla Società delle Nazioni, per iniziativa del Governo del Siam. Ha avuto esito in un *Accordo* ed un *Atto*.

Istituto di studi scientifici e pratici sulla tubercolosi.

Come è stato annunciato, dal 4 aprile al 4 maggio 1932 si terrà il Corso celere di perfezionamento nella patologia, clinica e profilassi delle malattie tubercolari, sotto la direzione dell'on. prof. Edoardo Maragliano e del prof. Nicola Pende.

Alla fine del corso avranno luogo gli esami per coloro che ne faranno domanda. Ai medici che li avranno superati sarà rilasciato un diploma.

Il corso è gratuito. Coloro che vogliono frequentarlo devono significarlo indirizzando richiesta, in carta semplice, all'Istituto, via Balilla 1, Genova.

Il numero delle iscrizioni è limitato.

Corso complementare d'igiene pratica.

Si terrà presso la R. Università di Milano, per aspiranti ai posti di ufficiale sanitario e per laureati diversi, a partire dal 4 aprile e per la durata di 2 mesi; tassa L. 300 (da versare al Banco di Roma, in piazza Missori). Le domande vengono accettate, dalla Segreteria universitaria, secondo l'ordine di precedenza.

Corso di medicina coloniale a Napoli.

Si è iniziato il 1° marzo e durerà tre mesi, sotto la direzione del prof. Giovanni Castronovo (piazza S. Andrea delle Dame 2); l'iscrizione, limitata ai laureati in medicina e chirurgia ed in zooiatria, importa L. 300; il programma comprende numerosi insegnamenti (lezioni ed esercitazioni).

L'organizzazione sanitaria dell'O. N. Maternità e Infanzia.

La Commissione nominata dal R. Commissario dell'Opera Nazionale Maternità e Infanzia, avv. Sileno Fabbri, per lo studio di alcuni problemi attinenti alla organizzazione sanitaria, ha tenuto le sue sedute nei giorni 7 ed 8 marzo.

Essa era composta dei clinici pediatrici proff. Allaria, Cannata, Comba, Fiore, Frontali, Jemma, Macciotta, Nasso, Pacchioni, Pincherle, Spolverini, Zamorani e dai clinici ostetrici proff. Pestalozza, Alfieri, Gaifami, nonchè dal prof. Ilvento, vice-direttore della Sanità pubblica, e, per le sedute in cui si è trattato della alimentazione, dal prof. Bottazzi.

Dopo una esposizione del R. Commissario sul nuovo ordinamento che egli intende dare all'Opera Nazionale Maternità e Infanzia, si sono svolti i lavori tanto della Commissione plenaria, quanto delle sottocommissioni. Sulla questione dell'alimentazione è stato stabilito di preparare al più presto le tabelle dietetiche per i lattanti e per i divezzi ed è stata inoltre fissata la lista degli alimenti e delle preparazioni medicinali che l'Opera distribuirà negli Istituti dipendenti. Poichè, secondo la concezione del R. Commissario, il paese dal punto di vista assistenziale sarà diviso in tante circoscrizioni assistenziali della Maternità e dell'Infanzia, si è stabilito che, in ogni distretto, oltre al segretario sociale, funzionerà il consultorio pediatrico ed ostetrico con servizio affidato per pubblico concorso a medici specialisti, i quali rappresenteranno in certo modo la funzione di sanitari circondariali, sempre con carattere profilattico e non curativo. È stato, inoltre, fissato il concetto che l'Opera utilizzerà i medici condotti e i medici locali delle località facenti parte delle singole circoscrizioni, i quali, col concorso delle assistenti sociali, compiranno la loro funzione profilattica. Perciò saranno stabiliti presso le Università corsi di integrazione per tali medici. Sono state, inoltre, fissate le norme per la propaganda della vaccinazione antidifterica ed è stato raccomandato da tutti gli intervenuti che l'Opera collabori a ottenere che non sia diminuita nel pubblico la fiducia verso la sieroterapia antidifterica.

Si è stabilito, infine, di sovvenire finanziariamente le ricerche già iniziate da qualche anno presso alcune cliniche pediatriche per portare un contributo alla *vexata quaestio* dell'utilità delle vaccinazioni antitubercolari.

I servizi di assistenza sanitaria del Comune di Milano.

Malgrado la diminuzione dei cespiti di entrata dell'amministrazione del Comune di Milano, il bilancio preventivo dei servizi di assistenza sanitaria e ospedaliera per l'anno in corso segna uno stanziamento globale in aumento anche per le provvidenze di puro carattere facoltativo. Esso raggiunge l'ingentissima cifra di 53.192.100 lire, di cui 3.968.000 per l'assistenza domiciliare, 18.839.500 per il ricovero di ammalati in ospedali posti fuori del territorio del Comune, 4.680.000 per il ricovero d'inabili al lavoro, 240.000 per trasporto di malati e d'infortunati, 12.462.280 quale contributo all'Ospedale Maggiore, ecc. Poche altre città possono vantare servizi sanitari così vasti, organici ed efficienti.

Comitato romano per la lotta contro la tubercolosi.

Con decreto del Ministero dell'Interno, il termine assegnato al Commissario del Comitato per il compimento dei suoi lavori è stato prorogato al 30 giugno prossimo.

Servizio meteorico sanitario italiano.

Il Servizio Meteorico Sanitario Italiano — di cui avemmo già ad occuparci — ha per scopo lo studio dei rapporti che intercedono tra i fenomeni patologici e quelli meteorici, onde proiettare della luce sulla genesi delle malattie ed accertare l'influenza che su queste esercitano le stagioni e le vicende atmosferiche.

Chiunque voglia contribuire a questo Servizio, può rivolgersi al fondatore e direttore dello stesso, P. D. Bernardo M. Paoloni O. S. B., Osservatorio Geofisico del R. Istituto Superiore Agrario, Perugia.

Ciò che principalmente si raccomanda è la scrupolosità dei dati e la costanza delle osservazioni.

Il concorso per l'internato a Parigi.

Si è chiuso, da poco, il concorso per l'internato negli ospedali di Parigi. I posti erano 80; si sono presentati circa 800 concorrenti.

Questo concorso è considerato come uno dei più difficili che si affrontino dai medici in Francia. Esso consta di prove scritte e orali. Le prime sono anonime: cioè gli esaminatori ignorano i nomi dei candidati, i cui scritti non vengono firmati, ma numerati, e ciò allo scopo di escludere i favoritismi. Le prove scritte durano tre giorni e comprendono tre temi: uno di anatomia, uno di medicina interna e uno di chirurgia; ogni prova dev'essere svolta in tre ore. L'esame degli scritti è affidato ad una commissione di 10 membri, scelti tra i medici degli ospedali di Parigi; per la correzione degli scritti è stabilito uno spazio di tre mesi. Possono essere nominati solo i primi 250 classificati negli scritti; ma il loro nome viene rivelato solo alla fine del concorso. La prova orale dura 10 minuti e consiste in una domanda di medicina ed una di chirurgia ovvero di ginecologia. Chiusa la prova orale, si rendono noti i nomi dei 250 candidati su cui può cadere la nomina; addizionando la classificazione degli esami orali e degli scritti, si stabilisce la graduatoria.

I primi 80 sono stati nominati interni titolari; gli 80 successivi interni provvisori: questi ultimi prenderanno il posto dei titolari in caso di dimissioni, di malattie ecc. Il concorso è durato, fra tutto, sei mesi.

L'internato è un'istituzione specialissima, che comporta prerogative ed obblighi. Per 4 anni l'interno presta la sua opera negli ospedali, passando per vari servizi, ove permane da 6 a 12 mesi, di modo che egli può passare per 4 ad 8 Servizi. Ha tutta la responsabilità dei Servizi stessi, per modo che acquista una grande esperienza, e ciò concorre a formare quel corpo medico di prim'ordine costituito dai medici degli ospedali di Parigi.

Nuovo ospedale a Lipsia.

È stato inaugurato a Lipsia-Comnevitz l'Ospedale di Santa Isabella, capace di 270 letti; direttore della Sezione chirurgica è il prof. Kortzenborn; della Sezione medica il prof. Bernhard Singer; della Clinica ostetrico-ginecologica il dott. Cl. Wizer.

Al Museo d'Igiene di Dresda.

Nel grande salone d'onore del Museo d'Igiene di Dresda sono stati inaugurati i busti di Girolamo Fracastoro e di Bernardo Ramazzini, offerti rispettivamente dal Podestà di Verona e dall'Università di Modena.

Vittima della professione.

Il presidente della Repubblica francese, Paul Doumer, accompagnato dal ministro della sanità pubblica, Camille Blaisot, si è recato all'Ospedale Boucicault di Parigi, ove ha decorato della rosetta di ufficiale della Legion d'onore il dott. Emil Haret, capo del servizio elettro-radiologico all'Ospedale Lariboisière. Questo eminente radiologo ha dovuto subire parecchie amputazioni per radiodermiti contratte nell'esercizio professionale.

Condanna di un farmacista.

Al Tribunale correzionale di Bressuire (Francia) si è svolto un processo contro un farmacista, Anatole Proust, di Thouars, il quale aveva venduto delle polveri contro l'ubbriachezza ad una signora, che le propinò al marito. Vedendo che rimanevano inefficaci, ella s'indusse a decuplicarne la dose, ma poco dopo sopravveniva la morte del paziente. Le cartine non erano dichiarate velenose e non ne era indicato il contenuto; contenevano 5 cg. di tartaro emetico ciascuna. In esito al processo, il farmacista è stato condannato a 1000 franchi d'ammenda per infrazione alla legge sulle farmacie. La vedova ha beneficiato di un'amnistia ed è stata assolta.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XXXIX Roma, 28 Marzo 1932 - X Num. 13

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI.

Ospedale Policlinico Umberto I in Roma - Padiglione X.

Primario: Prof. A. MILANI.

La positività della reazione di Weil-Felix nel tifo addominale.

Dott. GAETANO BORRUSO, aiuto medico.

Come è noto la Reazione di Weil-Felix è ritenuta dalla totalità degli AA. costantemente positiva nel tifo petecchiale, fallisce solo in alcuni casi gravissimi e letali o con intenso esantema.

Felix in Anatolia ebbe risultati positivi nel 100 % dei casi; dalle varie statistiche risulta che essa è stata negativa solo nel 2 % e ciò probabilmente, secondo Sampietro, perchè nei casi in cui la Reazione fu negativa, durante il periodo febbrile, questa non fu poi praticata dopo avvenuta la crisi. Inoltre è stata trovata positiva in altissima percentuale nel morbo di Brill, (specie se praticata anche durante la convalescenza), che viene oggi generalmente considerato come una forma attenuata di tifo petecchiale (dermotifo estivo benigno non diffusibile (Pecori).

D'altra parte è pur noto che sieri normali o di malati affetti da altre malattie infettive non danno per lo più la reazione, o se questa è positiva, lo è a titoli inferiori a quelli prescritti per il tifo esantematico. (Si hanno cioè agglutinazioni a tassi non superiori a 1:25-1:50).

Sono stati però comunicati alcuni casi, interpretati per lo più dagli AA. come infezioni secondarie da proteus nel corso di altre malattie, in cui si ebbero agglutinazioni anche forti per il proteus X19. Prausnitz riporta un caso di W.-F. fortemente positiva in un bambino affetto da dissenteria bacillare; Sonnenschein in un bambino operato per empiema streptococcico ebbe agglutinazione per il proteus a 1:200 con il siero attivo, 1:1600 con il siero riscaldato; lo stesso A. ebbe W.-F. fortemente positiva in un tubercoloso in cui si poteva con sicurezza escludere un pregresso tifo esantematico; Kollert e Bauer in un malato affetto da cistite isolarono il coli e

il proteus; la W.-F. fu positiva per il proteus H X19 a 1:106; con uno stipite 0 X19 a 1:600 (come è noto il proteus si sviluppa in due differenti tipi: la forma H e la forma O, quest'ultima conterrebbe più ricettori specifici per il siero di esantematici che la forma H).

Marion Corrigan ebbe eccezionalmente una W.-F. positiva in un polmonitico a 1:640.

Come si vede i casi di W.-F. positiva a tasso piuttosto alto nel corso di altre malattie sono rarissimi ed alcuni costituiscono un reperto eccezionale nel corso di ricerche praticate in serie sui sieri di vari gruppi di malati. Ho creduto però di doverli riportare perchè possono contribuire ad interpretare il comportamento della reazione da me osservato nei casi che riferirò.

Nel tifo addominale è stata osservata con frequenza relativamente maggiore che nelle altre malattie infettive una agglutinazione per il proteus X19 anche nei rapporti di 1:100-1:200.

Sampietro ha trovato nel 18 % di malati di febbre tifoidea W.-F. positiva talora anche al tasso di 1:100-1:200; Sterling riporta un caso eccezionale di agglutinazione fino a 1:700, ma non esclude la possibilità di una infezione mista. Anche nei casi di tifo addominale in cui si ha W.-F. positiva a 1:-100-1:200 Sampietro ritiene possibile la diagnosi sierologica in breve tempo seguendo le curve di agglutinazione della Widal e della W.-F., in quantochè se si tratta di ileotifo il tasso di agglutinazione della Widal aumenta progressivamente, mentre quello della W.-F. rimane immutato.

Ho avuto occasione di osservare due casi di ileotifo (*accertati con l'emocultura*), in cui si ebbe un'agglutinazione per il proteus X19 in rapporti molto superiori a quelli riportati nella letteratura.

Credo utile riferirli brevemente perchè dal loro studio mi sembra possa emergere qualche considerazione di interesse pratico. Inoltre nel periodo di tempo dal marzo all'ottobre 1931 ho praticato sistematicamente la reazione di W.-F. in malati affetti da tifo addominale; in 30 tifosi la W.-F. è stata costantemente negativa.

Il numero di pazienti osservati è certamente troppo scarso per poter essere di base a qualche dato statistico, tuttavia anche da esso risulta che la positività della W.-F. nel tifo addominale, sebbene più frequente che in altre malattie infettive, costituisce sempre una eventualità eccezionale.

CASO I. — Si tratta di una giovane donna che fu ricoverata all'Ospedale Policlinico Umberto I, X Padiglione, nel 1928.

Si poteva escludere con sicurezza che in passato fosse stata affetta da morbo di Brill o da vero tifo esantematico. In VIII giornata di malattia emocultura positiva per il tifo; in XIV Widal positiva e contemporaneamente W.-F. positiva ad alto titolo (1 : 800).

Clinicamente colpì l'attenzione la comparsa di numerosissimi elementi roseolici papulosi al petto, e all'addome, inoltre si notò qualche petecchia sull'addome.

Gli altri sintomi e il decorso furono quelli di un tifo addominale senza speciali caratteri. Il tasso di agglutinazione per il proteus in principio andò aumentando; in XX giornata si ebbe W.-F. positiva 1:1600; poi rimase stazionario, indi andò progressivamente diminuendo, mentre quello della Widal andò progressivamente aumentando.

Si ebbe così:

In XIV giornata	W.-F. 1 : 800 + +	Widal 1 : 200 + +	1 : 400 —
» XX »	» » 1 : 1600 + +	» 1 : 200 + +	1 : 400 —
» XXXV »	» » 1 : 800 + +	» 1 : 200 + + +	1 : 400 + +
	» » 1 : 1600 —	» —	
» L »	» » 1 : 200 +	» 1 : 200 + +	
(paz. apirettica)	» » 1 : 400 —	» 1 : 400 + +	1 : 800 —
	» » 1 : 800 —	» —	
In LX giornata	» » 1 : 50 + +	» 1 : 100 + + +	
(paz. apirettica da 10 g.)	» » 1 : 100 +	» 1 : 200 + + +	
	» » 1 : 200 —	» 1 : 400 + +	
	» » 1 : 400 —	» 1 : 800 +	

CASO II. — B. Z., entrata al Policlinico il 18 marzo 1931, dimessa per guarigione il 7 giugno 1931. A. 27 maritata. Nulla di notevole nella anamnesi famigliare e remota. Afferma nettamente di non ricordare di aver sofferto di alcuna affezione febbrile con manifestazioni esantematiche (a tipo Brill). Proveniva da Montasola (Rieti), ove non risulta vi siano stati casi di tifo petecchiale.

Da 15 giorni febbre, dapprima non molto elevata, poi alta continua.

Obbiettivamente, stato lievemente stuporoso, lingua tifosa, milza palpabile all'arcata, molle, polso dicroto ritmico 100-120.

P. A. M. 90, m. 60 (Riva Rocci).

Esame morfologico del sangue (20-3-1931), XVIII giornata): globuli rossi 2.800.000; globuli bianchi 5600; emoglobina (Fleischl) 0,70; valore globulare 0,80.

Formula leucocitaria: neutrofili 60; eosinofili 0; basofili 0; mononucleati 25; linfociti 15.

Le prove del laccio, di Koch e di Hess, ripetute più volte, furono negative.

Clinicamente l'attenzione fu richiamata fin dal primo giorno d'ingresso dalle manifestazioni cutanee costituite da numerosissime roseole e papule sul petto e sull'addome, non confluenti, piuttosto distanziate; generalmente detti elementi scomparivano con la pressione, ma intorno ad alcune papule si notarono anche soffusioni emorragiche, inoltre fu anche osservata qualche petecchia.

L'eruzione raggiunse il massimo di sviluppo tra la XV e la XX giornata di malattia.

Nel mese di aprile (XXX-XXXV giornata di malattia) comparvero a poussées dei nuovi elementi roseolici e papulosi specie sull'addome, mentre si osservavano ancora alcuni vecchi elementi impalliditi e in via di regressione. In seguito non si osservò più la comparsa di nuovi elementi; verso la L giornata di malattia non si osservava che qualche scarsa roseola e papula.

Nei primi di maggio (LX-LXV giornata di malattia) l'eruzione cutanea era scomparsa. Non si notò desquamazione; dal giorno 10 maggio in cui raggiunse completamente l'apiressia al 7 giugno in cui fu dimessa non si notò più alcuna manifestazione cutanea.

In XVI giornata di malattia *emocultura*:
sviluppo: b. tiphi;
agglutinazione specifica da 1 : 50 a 1 : 13.000.

Il carattere un po' atipico delle manifestazioni cutanee indusse a praticare contemporaneamente alla R. di Widal quella di W. F.; in seguito le due reazioni furono più volte ripetute.

Riporto nella seguente tabella i risultati ottenuti:

Più volte (23-3-1931, 4-4-1931, 10-4-1931) fu raccolta l'urina sterilmente per la ricerca del proteus X 19 e prelevato il sangue per emocultura, ma non ne fu mai possibile l'isolamento sia dalle urine che dal sangue.

Fu prelevato un frammento di cute con al centro una papula per esame istologico, questo non dimostrò alcuna alterazione delle arteriole cutanee (esame istologico: prof. Dionisi).

Intorno alla ferita determinata dal prelevamento del frammento cutaneo non si notò il caratteristico alone emorragico (assenza del segno di Lipschutz).

Esame capillaroscopico della plica ungueale: Anse capillari molto allungate con chiara evidenza del tratto venoso; volume delle anse alquanto aumentato, esse sono iniettate; in alcune si vede circolare una corrente granulosa. Sono chiaramente visibili al disotto delle anse tralci del plesso venoso sottocapillare che appaiono come linee violacee irregolari (*ipotonia capillare*).

Esame capillaroscopico di una papula: dimostra un quadro reso meno chiaro dalla presenza dell'edema, ma in cui è tuttavia rilevabile la presenza di una zona rosso-violacea a contorni sfumati al disopra della quale sono visibili scarsissimi capillari che appaiono come punticini rossi.

La malata era portatrice di pidocchi del capo; furono presi nel periodo dell'acme e all'inizio della defervescenza; allestiti i preparati dell'intestino dei pidocchi non si riscontrarono le Rickettsie (ricerca delle Rickettsie: prof. G. Alessandrini).

Non fu possibile accertare l'eventuale presenza di pidocchi dei vestiti.

Giornate malattia	R. W. F.	R. Widal	Osservazioni
XVI	1 : 50 1 : 100 +++ 1 : 800 1 : 3200 ++ 1 : 6500 —	1 : 50 1 : 100 +++ 1 : 200 ++ 1 : 400 —	—
XX	1 : 50 1 : 100 +++ 1 : 800 1 : 3200 +++ 1 : 3200 1 : 6500 ++	1 : 50 1 : 100 +++ 1 : 200 ++ 1 : 400 —	—
XXX	1 : 50 1 : 100 +++ 1 : 800 1 : 3200 ++ 1 : 6500 —	1 : 50 1 : 100 +++ 1 : 100 1 : 200 ++ 1 : 400 —	—
XL	1 : 50 1 : 100 +++ 1 : 100 1 : 200 ++ 1 : 800 1 : 1600 + 1 : 3200 —	1 : 50 1 : 100 +++ 1 : 200 ++ 1 : 400 + 1 : 800 —	—
XLV	1 : 50 1 : 100 +++ 1 : 200 ++ 1 : 800 + 1 : 1600	1 : 50 1 : 100 +++ 1 : 200 ++ 1 : 400 + 1 : 800 +	—
LVI	1 : 50 1 : 100 +++ 1 : 200 ++ 1 : 400 + 1 : 800 —	1 : 50 1 : 100 +++ 1 : 200 ++ 1 : 400 ++ 1 : 800 +	Scomparsa della eruzione cutanea.
LXVI	1 : 50 1 : 100 +++ 1 : 200 ++ 1 : 400 —	1 : 50 1 : 100 +++ 1 : 200 +++ 1 : 400 +++ 1 : 800 +++	Scomparsa della eruzione cutanea. Apiressia da 8 giorni.
LXXXI (7-6-1931)	1 : 50 ++ 1 : 100 + 1 : 200 —	1 : 50 +++ 1 : 100 +++ 1 : 400 +++ 1 : 800 ++ 1 : 1600 ++ 1 : 3200 ++	Dopo 2 iniez. vaccino antitifico. Praticate il 3 e 6-6-1931. Rispettivam. da 500.000 a 1.000.000.

Riassumendo: in 2 casi di tifo addominale, con emocultura positiva per il b. tiphi, la reazione di W.-F. fu positiva ad un altissimo titolo, assai superiore a quello indicato dai vari AA. che ricercarono l'agglutinazione per il proteus X19 nel siero di pazienti affetti da ileo tifo.

In ambedue i casi fu seguito parallelamente il comportamento della Widal e della W.-F. in tutto il corso della malattia e all'inizio della convalescenza; si potè constatare che il tasso di agglutinazione per il proteus raggiunse il massimo nel periodo dell'acme, poi andò progressivamente diminuendo; invece il tasso di agglutinazione per il tifo andò nello stesso periodo di tempo progressivamente elevandosi raggiungendo il massimo nei primi otto, dieci giorni della convalescenza.

Le cifre massime del titolo delle 2 reazioni sono:

1° Caso:	XX giornata	W. F.	1 : 1600 + +
		Widal	1 : 200 + +
	LX »	W. F.	1 : 100 +
	(dopo 10 g. di apiressia)	Widal	1 : 800 +
2° Caso:	XX giornata	W. F.	1 : 6500 + +
		Widal	1 : 200 + +
	LXV »	W. F.	1 : 200 + +
	(dopo 8 g. di apiressia)	Widal	1 : 800 + +

(non è preso in considerazione il tasso raggiunto successivamente dalla Widal perchè furono praticate due iniezioni di vaccino antitifico).

Edotto dalla esperienza del primo caso ho posto una particolare attenzione nello studio del II caso; perciò furono ricercati tutti gli elementi che eventualmente avrebbero potuto essere di appoggio alla diagnosi di tifo esantematico (esame istologico della cute, ricerca delle Rickettsie, ecc.). tutti i dati furono negativi.

In ambedue i casi furono notate le stesse particolari caratteristiche delle manifestazioni cutanee, inoltre il titolo di agglutinazione per il proteus raggiunse la massima altezza nel periodo in cui queste erano più appariscenti.

Non credo di poter stabilire in base all'osservazione di solo due casi un rapporto tra il dato clinico su riferito e il comportamento sierologico; mi limito a rilevare la coesistenza dei due fenomeni.

Si può escludere senz'altro in base ai dati anamnestici che la positività della R. di W.-F. sia dovuta a una pregressa infezione dermotifosa (tifo esantematico vero, o attenuato, morbo di Brill).

Come è noto la guerra mondiale ha insegnato con quanta frequenza un'affezione tifosa possa accompagnarsi ad altre infezioni appena che le condizioni igieniche sanitarie rendano possibile la comparsa epidemica di malattie infettive, specialmente nelle così dette epidemie di guerra (Schottmüller).

Si sarebbe perciò tentati nei nostri casi di ammettere la possibilità di una infezione mista tifo addominale-tifo esantematico (o morbo di Brill).

Ma contro questa ipotesi stanno molti fatti: anzitutto la mancanza del dato epidemiologico e il quadro clinico che non presentò mai nulla di comune a quello del dermotifo vero e proprio o del Brill (diversità del modo d'insorgenza e mancanza della caduta critica della febbre, mancanza di sintomi nervosi di speciale rilievo, caratteri dell'esantema, sua comparsa in poussées successive, ecc.).

Nel secondo caso che fu studiato più minutamente abbiamo ricercato tutti gli elementi che eventualmente avrebbero potuto parlare in favore di un concomitante tifo esantematico.

Come risulta dalla esposizione già fatta nessuno dei dati è conforme a quanto si osserva nel dermotifo; di speciale importanza l'esame istologico della roseola che non rilevò la caratteristica necrosi a tratti delle pareti vasali.

Contro l'ipotesi di un concomitante morbo di Brill mi sembra parli anche, e in modo decisivo, il comportamento della W.-F. È noto infatti che in questo il tasso di agglutinazione va aumentando con l'avvicinarsi e il progredire della convalescenza (e in alcuni casi la W.-F. è positiva solo nella convalescenza); nei casi che ho riferito invece si ebbe un comportamento inverso. Esclusa dunque anche questa interpretazione mi sembra che l'ipotesi più plausibile sia quella di una infezione secondaria da proteus nel corso di una infezione hebertiana, sebbene nei casi che ho riferito non sia stato possibile l'isolamento del proteus sia nelle urine sià nel sangue.

Ho già ricordato che nella letteratura sono riportati casi di agglutinazione positiva per il proteus X19 ad alto titolo in malati in cui si poteva con sicurezza escludere il tifo petecchiale. Gli AA. hanno per lo più interpretati questi casi come infezioni da proteus.

Prausnitz inoculò su se stesso culture di proteus X19; alla terza iniezione (1/20 di ansata di cultura) ebbe forte reazione locale e discreta reazione generale; la W.-F. un mese dopo fu + + + (fino al tasso di 1:10.000).

Come metodo di diagnosi differenziale sierologica tra le infezioni da proteus e il tifo

esantematico questo Autore propose lo studio della diversa resistenza al calore delle agglutinine; queste nelle infezioni da proteus sono termostabili, nel tifo esantematico termolabili; con il riscaldamento a 56° vengono distrutte nel tifo esantematico, rimangono inalterate nelle infezioni da proteus.

Però vari AA. (Ilana von Joos, Havens, Iovanovitsch) non hanno ottenuto risultati concordi con quelli di Prausnitz.

Havens trovò che le agglutinine nel tifo esantematico classico resistono fino a 70°, mentre sono meno resistenti nel Brill; Pecori nel morbo di Brill ebbe risultati in accordo a quelli di Havens ma potè anche mettere in evidenza che in generale la termolabilità delle agglutinine è in rapporto inverso al titolo di agglutinazione del siero a temperatura ordinaria; in ogni modo dalle sue ricerche risulta che la W. F. rimane inalterata nel morbo di Brill con il riscaldamento a 65° o a 60° per mezz'ora.

In conclusione quindi il fenomeno di Prausnitz non sembra costante sia nel tifo esantematico classico che nel morbo di Brill; manca dunque la possibilità di differenziare sierologicamente le infezioni secondarie da proteus dal tifo esantematico (classico o attenuato).

Dallo studio dei miei due casi mi sembra dovere indicare come particolarmente utile il seguire il comportamento della reazione di W.-F. in tutto il decorso della malattia e nella convalescenza; come ho già fatto rilevare il tasso di agglutinazione diviene sempre più basso con l'avvicinarsi della convalescenza e nella prima decade di apiressia. È noto che nel morbo di Brill si osserva un comportamento opposto.

Dunque nel caso di infezione hebertiana con W.-F. positiva poter tracciare una curva di agglutinazione per il proteus sempre decrescente dal periodo dell'acme alla convalescenza, può fare escludere la possibilità di una infezione mista (tifo addominale-morbo di Brill), specie se nessuno dei sintomi del Brill viene a complicare il quadro clinico della infezione ileotifosa.

Per quanto riguarda le manifestazioni cutanee mi sembra utile far rilevare che ambedue i casi presentarono quelle peculiari caratteristiche che ho già descritto, e che ci indussero a praticare la reazione di W.-F.; come ho detto la reazione fu positiva solo in questi casi e riuscì negativa in altri trenta. Si sarebbe perciò tentati a mettere in rapporto oltre la precocità, la ricchezza dell'eruzione roseolo-papulosa e la presenza di elementi emorragici con una eventuale infezione secondaria da proteus nel corso di una infezione hebertiana; ma è noto che manifestazioni cutanee analoghe a quelle presentate nei miei casi possono riscontrarsi nel tifo addominale; per ciò non ritengo di avere gli elementi sufficienti per ammettere il rapporto accennato potendosi evidentemente trattare solo di una casuale coincidenza. Tuttavia credo di poter indicare una simile possibilità che osservazioni successive potrebbero eventualmente confermare.

***

Riassumendo dunque credo di poter concludere:

1) È possibile nel tifo addominale osservare una reazione W.-F. positiva a tasso altissimo e di molto superiore a quello della Widal.

2) La posività della R. W.-F. va aumentando tra la II e la III settimana di malattia e raggiunge il massimo verso la fine della III settimana (circa in XX giornata) successivamente seguendo il comportamento del tasso di agglutinazione per il *B. typhi* e per il proteus X19 si osserva che dal periodo dell'acme alla convalescenza quello per il primo va progressivamente aumentando, quello per il secondo diminuendo.

3) Nei miei due casi si può escludere con sicurezza una pregressa infezione dermotifosa.

Vi sono elementi sufficienti per escludere una infezione mista, tifo addominale-tifo esantematico (sia nella forma classica, che in quella attenuata (morbo di Brill) e ciò per l'assenza di dati epidemiologici, clinici, per l'esame istologico della cute e per il comportamento del tasso di agglutinazione per il proteus durante l'intero decorso della malattia e nella convalescenza che è esattamente l'inverso di quanto si osserva nel morbo di Brill.

4) Si ammette come ipotesi più soddisfacente una infezione secondaria da proteus X19 nel corso di una infezione heberthiana.

5) È stata praticata la reazione di W.-F. in altri 30 casi di tifo addominale sempre con risultati negativi.

RIASSUNTO.

L'A. riferisce su 2 casi di tifo addominale accertati con emocultura in cui si ebbe W. F. positiva ad altissimo titolo. Ha seguìto il tasso di agglutinazione della Widal e della W. F. e ha visto che quello dell'una andava progressivamente aumentando mentre l'opposto

avveniva per quello dell'altra nel decorso ulteriore della malattia e al principio della convalescenza.

Escluse le altre possibili ipotesi, l'A. crede di poter ammettere un'infezione secondaria da proteus X19 nel corso di una infezione eberthiana.

L'A. ha inoltre praticato la reazione di W.-F. in altri 30 casi di tifo addominale, sempre con risultati negativi.

BIBLIOGRAFIA.

1. Carducci. Rivista Osp., 1920.
2. Cesari. *La febbre eruttiva del Carducci.* Ascoli Piceno, 1921.
3. Corrigan Marion. Journ. of infect. diseas, t. XLI, dicembre 1927, p. 457.
4. Felix. M. Med. Woch., 1917, p. 1259.
5. Ficai. Annali Igiene, vol. XXIX, 1919, p. 145.
6. Id. Ibid., vol. XXX, 1920, p. 193.
7. Havens. Journ. of infect. diseas, 1927, p. 479.
8. Kollert u. Bauer. Cent. f. Bakt., Abt. I, Orig., 1925, p. 94.
9. Joss (Von). Ibid., t. XCII, 1924, p. 532.
10. Jovanovitsch. Cit. in Centr. f. Bakt., t. XCVIII, 1930, p. 511.
11. Levi della Vida. Annali d'Igiene, vol. XXIX, 1919, p. 847.
12. Lustig Pulgher, ecc. *Il dermotifo ecc.* Soc. E. Lib., 1919.
13. Pecori. Il Lazio sanitario, 1919.
14. Id. Annali d'Igiene, 1929, p. 1.
15. Prausnitz Cent. f. Bakt., LXXXIV, 1920, p. 120.
16. Sampietro. Annali d'Igiene, XXIX, p. 458, 514, 620, 690.
17. Id. Ibid., XXX, p. 583.
18. Schittenhelm. In Mohr Staehlin, vol. I, p. I, Ediz. It. S. E. L., 1926, p. 661.
19. Schottmuller. Ibid., vol. I, p. 2, Ediz. It. S. E. L., 1927, p. 1171.
20. Sonnenschein. D. M. Woch., 1924, p. 102.
21. Id. W. Klin. Woch., 1924, p. 757.
22. Sterling. Ibid., 1917, p. 972.
23. Weil u. Felix Ibid., 1916, n. 2.

MEDICINA INFORTUNISTICA

Considerazioni sul cosidetto pneumotorace da sforzo

per il dott. Francesco De Negris Marella.

Nel lavoro di revisione, non soltanto nei rapporti fra trauma — considerato in senso lato — e lesione o malattia conseguente, ma anche dell'obbligo sociale dell'indennizzo di particolari categorie di infortunati, il capitolo delle cosidette malattie da sforzo rappresenta ancora oggi l'argomento delle maggiori e più vive controversie.

Lo studio dello sforzo — inteso come momento transitorio ma necessario del lavoro — e delle modificazioni e dei turbamenti che si producono nell'organismo in conseguenza di esso e delle manifestazioni paramorbose e morbose che ne possono derivare, è stato intrapreso e progressivamente svolto in ogni sua parte dalla medicina legale che ha fissato i limiti in cui dev'essere contenuto il concetto di infortunio sul lavoro. Importanza decisiva hanno avuto al riguardo le ricerche di Pieraccini sulle modificazioni della pressione arteriosa generale, della pressione intratoracica, intraddominale ed intracranica; esperienze che non hanno mai subìto dimostrazioni contrarie non solo, ma che oggi vengono generalmente accolte nella loro importanza fondamentale.

Le ricorderò brevemente:

Pieraccini, partendo dalla considerazione che la vecchia concezione dello sforzo non poteva essere accettata senza discussione perchè contrastante contro « quell'armonia che concatena e regola le diverse funzioni della nostra vita » ha ritenuto opportuno ed utile, fin dal 1912, di istituire una serie di esperimenti tendenti a portare luce sull'argomento.

Secondo i vecchi fisiologi e patologi, nello sforzo fisico nell'uomo, avverrebbe un'inspirazione profonda seguita dalla chiusura della glottide, da contrazione dei muscoli espiratori e da irrigidimento del tronco; ne conseguirebbe un notevole aumento della pressione endotoracica ed intraddominale che causerebbe una specie di spremitura dei visceri, la quale comprimendo polmoni e cuore, disturberebbe profondamente la loro meccanica e produrrebbe nell'organismo una condizione di squilibrio e di minore resistenza che diminuirebbe il rendimento dello sforzo.

Una tale concezione appare subito contrastante colla logica poichè non si può ammette-

re che la natura possa permettere e favorire una condizione di sminuita resistenza proprio nel momento in cui l'organismo ha bisogno del concorso di tutte le proprie energie per compiere lo sforzo.

Pieraccini ha voluto controllare su individui tracheotomizzati come si comportasse la pressione endotoracica durante lo sforzo fisico. Egli ha premesso la distinzione fra sforzo volontario e quello involontario, chiamando *sforzo volontario* quello che l'uomo compie per vincere una resistenza esterna e *sforzo involontario* o meglio *volontario obbligato* quello che tende a vincere una resistenza interna, come può essere lo sforzo che la donna compie per espellere il feto, ecc.

Quale risultato delle sue esperienze egli « ha raggiunto la certezza che nello sforzo fisico volontario la respirazione si arresta e si chiude la glottide; ma lo sforzo non è preceduto da alcun atto di larga inspirazione e non è accompagnato nel suo regolare svolgersi, da un moto respiratorio; la pressione endotoracica ed intrapolmonare nello sforzo è uguale a quella dell'aria ambiente (quindi si potrebbe dire: uguale a 0) ».

L'Autore ha potuto confermare invece che durante lo sforzo fisico volontario aumenta la pressione intraddominale.

*
* *

Una delle lesioni che più comunemente è riferita allo sforzo è il pneumotorace. È noto infatti che numerosi autori richiamano il fattore sforzo, considerato nella sua più elastica estensione, nella patogenesi di casi del cosidetto pneumotorace spontaneo.

Per chiarire i termini occorre ricordare che, in modo assai convenzionale, si suole fare una distinzione in *pneumotoraci da cause esterne* all'organismo (traumatismo diretto o sforzo) e in *pneumotoraci da causa interna* che vengono per questo chiamati *pneumotoraci spontanei*; fra questi ve ne sono alcuni in cui non si trovano alterazioni evidenti polmonari e che vengono quindi chiamati *pneumotoraci idiopatici*. (Palmer e Taft).

L'interpretazione di questi cosidetti pneumotoraci spontanei è diversa a seconda dei diversi autori, perchè da un lato per spiegare il momento patogenetico determinante si discute sulla necessità o meno di una preesistente e concomitante lesione polmonare in genere di natura tubercolare o della concorrenza di un fattore esterno che riduca la capacità intratoracica; d'altra parte si discute sul valore patogenetico che, negli stessi casi, sforzi molte volte lievissimi possono avere.

Palmer e Taft affermano che la tubercolosi è il substrato più frequente del cosidetto pneumotorace spontaneo, che essi trovano, con una statistica accurata di casi finora pubblicati, nell'80-90 % dei casi di adulti, nel 40-50 % nei casi di bambini.

Secondo gli autori che seguono tale modo di vedere il pneumotorace compare in polmoni malati di tubercolosi ora con lesioni polmonari avanzate ora con lesioni tubercolari minime che non dànno segni clinici e che non sono evidenti neanche agli esami radiologici: in tali evenienze il pneumotorace può presentarsi sia per cause provocanti minime (colpo di tosse, sternuto, singhiozzo, vomito, ecc.), sia senza alcuna causa occasionale apparente. Palmer e Taft insistono sul fatto che in taluni casi il pneumotorace si presenta mentre il paziente è a riposo e talora anche mentre dorme.

Zuccola, in un recente lavoro su due casi di pneumotorace da sforzo, segue un modo di vedere antitetico e, pur ricordando che la concezione della patogenesi del pneumotorace da sforzo è dominata dall'osservazione che il pneumotorace spontaneo è quasi sempre la conseguenza di una lesione tubercolare in atto e quello da sforzo è dovuto molte volte ad un'alterazione residua di un processo della stessa natura, si dimostra piuttosto contrario a questo modo di vedere. Per questo motivo egli fa una critica alle ricerche del Pieraccini che necessariamente riducono di molto la portata dello sforzo come fattore patogenetico del pneumotorace e tendono invece a valorizzare la concezione del pneumotorace sempre o quasi conseguenza di lesioni polmonari preesistenti.

Un caso da me recentemente osservato mi induce a ritornare sull'argomento.

M. M., d'anni 44, cantoniere provinciale.

Padre morto all'età di 50 anni per causa imprecisata, dopo una malattia durata tre anni. Madre morta a 65 anni per cardiopatia: 4 fratelli viventi e sani. Non risultano nella famiglia malattie ereditarie. Il M. ha moglie di 38 anni ed una figlia di 10: entrambe sane. La moglie non ha avuto che un'unica gravidanza. Il M. ha prestato servizio militare in cavalleria, poi, richiamato durante la guerra, dal 1915 al 1919, fu addetto al servizio di artiglieria treno.

Non fuma; modico bevitore di vino. Non ha mai sofferto di malattie di entità notevole ed ha sempre sopportate le fatiche ed il disagio del suo servizio di cantoniere stradale senza sforzi o depressioni. Non ha mai avuto tosse.

Racconta che il 17 settembre 1930, mentre stava zappando dell'erba sulla strada provinciale, im-

provvisamente ha sentito un vivo dolore all'emitorace destro, anteriormente, dolore che egli attribuì ad un fatto reumatico, ma che presto lo costrinse a desistere dal lavoro. Cominciò una sensazione di mancamento di respiro con dispnea intensa, una molesta sensazione di pena e di oppressione al torace come fosse fasciato, stretto in una morsa e dovette essere portato a casa dai compagni di lavoro.

Lo vedo il giorno dopo.

Respiro: 24 al minuto; polso: 70; temperatura: 36,8.

Tosse pochissima, febbre nulla. L'ammalato però dice che pur non avendo stimolo a tossire sente come un catarro profondo.

E. O.: Tipo brevilineo, macrosplancnico, robusto, ben nutrito e ben sanguificato; non cianosi. Al capo nulla si rileva.

Il reperto semeiologico toracico rileva i seguenti dati: l'emitorace di destra appare più espanso, con gli spazi intercostali appianati, le escursioni respiratorie a destra sono quasi nulle, cosicchè il respiro risulta obliquo con l'emitorace destro immobile. Il fremito vocale-tattile è abolito; il suono plessico è smorzato con timbro timpanico. All'ascoltazione si avverte un murmure lontano quasi spento, senza rantoli.

La diagnosi clinica che pare più verosimile è quella di pneumotorace a patogenesi oscura per cui si ritengono necessarie altre prove di accertamento.

L'esame radiografico eseguito il 27 settembre 1930 fa rilevare l'assenza dell'ombra polmonare nell'emitorace di destra: soltanto verso l'ilo l'opacità del parenchima polmonare retratto è ancora evidente.

Cutireazione tubercolinica negativa.

Esame degli sputi negativo per il bacillo di Kock.

Il dolore persiste per circa 15 giorni poi va gradatamente diminuendo fino a scomparire completamente in altri 15 giorni.

Lo stesso decorso ha la dispnea. Anche l'appetito che era quasi completamente scomparso nei primi giorni va progressivamente riprendendosi per ritornare normale in 15-20 giorni.

Dopo un mese il M. è in grado di riprendere le proprie normali occupazioni; si sente perfettamente bene, può andare in bicicletta e compiere le fatiche connesse col suo lavoro senza risentirne alcun disturbo. Accusa però ancora, nei cambiamenti di tempo e quando ha lavorato molto, un lieve dolore notturno alla schiena in corrispondenza dell'emitorace destro.

Visitato alla distanza di un anno circa presenta: espansione simmetrica degli emitoraci, suono plessico normale alla percussione, murmure respiratorio vescicolare puro in tutto l'ambito polmonare. Cuore nei limiti normali; toni puri; battiti alla radiale 80 al m'.

La radiografia eseguita il 4 agosto 1931 ci dà il quadro di un torace normale.

In questo caso si poteva discutere la patogenesi del pneumotorace.

L'inizio acuto mentre il paziente accudiva ad un lavoro manuale di una certa pesantezza poteva far pensare ad un vero e proprio pneumotorace, tanto più che nel nostro caso il soggetto era prima in perfette condizioni di salute ed in piena capacità lavorativa e che nè anamnesticamente nè all'esame clinico era possibile mettere in evidenza lesioni preesistenti e tanto meno lesioni tubercolari.

Nei due casi sopracitati dello Zuccola, nel 1° il pneumotorace comparve mentre il soggetto faceva un brusco movimento per far deviare la caduta di un grosso tronco che minacciava di investirlo, nel 2° mentre il soggetto faceva uno sforzo per evitare di cadere da una impalcatura essendo investito da una pesante lastra di granito.

Lo Zuccola dice che nei suoi due casi una porzione sola del torace deve avere, nello sforzo eseguito, subìto in modo improvviso un trauma, considerato in modo molto lato; secondariamente un aumento del volume endoalveolare sufficiente a determinare la rottura di qualche bolla di enfisema locale o anche lo strappo di qualche aderenza. Questo Autore afferma che per questi motivi i pazienti dovevano beneficiare delle previdenze a favore degli infortunati sul lavoro e comunica che in entrambi i casi tale tesi fu accettata. Egli però deve completare tale ipotesi ammettendo che la lacerazione polmonare debba essere avvenuta là dove esisteva « qualche bolla di enfisema locale » o « qualche aderenza » e la comparsa di una pleurite a decorso assai lungo nel 2° caso viene da lui spiegata non tanto ammettendo il risveglio di una lesione pleurica preesistente, quanto sostenendo dovere qui essere avvenuto uno strappo di maggiore entità « tanto più che ha determinato anche una infezione della pleura per passaggio in questa di materiale settico ».

Per il mio caso la questione è diversa: in esso l'atto di forza che precede la comparsa del pneumotorace è da considerarsi come ho già detto, moderato, non di certo superiore a quelli abituali di cui il soggetto in questione era capace e che erano inerenti al suo mestiere.

Lo Zuccola afferma che nei suoi due casi si doveva escludere che la soluzione di continuo fosse avvenuta in corrispondenza di una lesione specifica perchè non solo l'anamnestico era muto, ma sopratutto perchè le ricerche biologiche si mantennero negative e le malattie decorsero senza alcuna complicazione e nessun fatto specifico potè essere messo in evidenza anche a guarigione avvenuta.

Analogamente nel mio caso non fu potuto mettere in evidenza alcuna malattia polmonare antecedente, concomitante o successiva al pneumotorace ed il paziente gode ora, ad un anno di distanza dalla guarigione, ottima salute ed ha potuto riprendere le sue ordinarie occupazioni.

Dobbiamo con ciò ritenere che nel nostro caso nessuna lesione esistesse al polmone ove comparve il pneumotorace? Io non sono di questa idea e ritengo per sicura in esso l'esistenza di minime lesioni polmonari del tipo di quelle lesioni polmonari tubercolari minime, perfettamente spente, che sono l'appannaggio di un individuo adulto che vive nella nostra vita civile.

Perchè in esso sia ad un certo momento, dopo un minimo atto di forza, sopravvenuta una lacerazione polmonare e quindi il pneumotorace, è impossibile dire.

* * *

Ma se nella pratica infortunistica dobbiamo dare un giudizio sulla responsabilità dello sforzo nella produzione del pneumotorace, noi dovremo ritornare prima allo studio di alcune sue patogenesi e soffermarcisi.

Si può ammettere che in determinate condizioni un trauma sufficientemente violento ed agente direttamente sul torace possa ridurre la capacità della gabbia toracica e conseguentemente aumentare la pressione endoalveolare fino a produrre la lacerazione della pleura viscerale e alle volte anche di quella parietale. A questo proposito posso ricordare un caso che mi è occorso di vedere in guerra. Si trattava di un soldato che mentre usciva da un « fifhaus » era stato investito dall'architrave della portina d'ingresso che improvvisamente gli era caduto addosso gravato di tutto il peso del terreno sovrastante. Il soldato era stato atterrato e la trave gli si era disposta trasversalmente sul torace, mentre il franare del terreno circostante ne faceva aumentare progressivamente il peso. Quando lo soccorremmo il paziente non solo presentava un pneumotorace bilaterale, ma altresì un enorme enfisema della cute del collo e del viso, con una colorazione intensamente cianotica, bluastra, tale da farlo rassomigliare ad una gigantesca maschera mostruosa. Nonostante questa fenomenologia così grave il soldato non presentava alcuna lesione costale nè di altre ossa e guarì abbastanza rapidamente.

Questo è il pneumotorace traumatico caratteristico nel quale la causa violenta è evidente e la responsabilità dell'infortunio non può neppure essere messa in discussione.

Ma ci sono dei casi in cui la causa traumatica esterna non è così evidente come in quello sopracitato, ma nei quali tuttavia essa non può essere trascurata o svalutata e che acquista una particolare importanza quando è associata collo sforzo che, per la chiusura della glottide e per l'irrigidimento del tronco, toglie ai polmoni quella loro adattabilità alle variazioni di pressione alle quali in ogni momento, nella meccanica stessa della respirazione, possono essere assoggettati.

Così l'operaio che mentre sta per precipitare nel vuoto da un palco di costruzione riesce, in un disperato tentativo di salvezza, ad afferrarsi ad un palo e nello sforzo supremo per arrestare la caduta si stringe contro di esso con tutta la forza delle sue braccia mentre la glottide si è istantaneamente chiusa, assoggetta il suo torace ad una violenta compressione che, per l'improvviso squilibrio della pressione endoalveolare, potrà causare la rottura della pleura e conseguentemente il pneumotorace. Nello stesso modo l'individuo che mentre ruzzola giù da una scala o rotola lungo il pendìo scosceso di una montagna e cerca di afferrarsi a tutto quello che gli arriva a portata di mano ed ha irrigidito il tronco nello sforzo della contrazione di difesa e nel tempo stesso subisce il succedersi di continui urti e compressioni del torace nelle posizioni più impensate, per lo stesso meccanismo potrà risentire lo stesso effetto e giungere alla produzione del pneumotorace. Qui sforzo e deformazione riduttiva della cavità toracica concordano con evidenza indiscutibile nel provocare l'aumento della pressione endoalveolare e quindi nel giustificare il concetto patogenetico del pneumotorace.

* * *

Fin qui abbiamo tenuto conto nella genesi del pneumotorace da concomitanza di sforzo e di trauma, di elementi che sono all'esterno dell'individuo; ma dobbiamo ricordare pure che l'aumento della pressione endotoracica può conseguire anche a cause che dipendono dall'organismo stesso e cioè da quelle modificazioni della gabbia toracica che derivano da speciali atteggiamenti assunti dall'individuo durante lo sforzo.

È questa la concezione che è stata espressa ed illustrata dal Diez per spiegare la patogenesi di alcuni pneumotoraci occorsi senza che potessero essere incriminate cause esterne vere e proprie.

L'individuo che in uno speciale atteggiamento, poniamo ad esempio a corpo flesso sulla coscia, sta compiendo uno sforzo per sostenere o sollevare un peso ingente e all'improvviso, o perchè un compagno di lavoro che lo aiutava nell'opera ha ceduto o perchè il peso è scivolato verso di lui o per un'altra causa qualsiasi, viene di colpo ad essere gravato di un molto maggior carico che superando la sua resistenza lo costringe ad un improvviso e vio-

lento aumento della flessione del corpo che causa uno schiacciamento dell'addome contro il bacino e conseguentemente una compressione verso l'alto del diaframma che in questo suo spostamento produce una violenta riduzione della capacità toracica, quell'operaio potrà risentire l'effetto di un notevole aumento della pressione endoalveolare che potrà anche determinare la rottura della pleura viscerale e quindi la formazione del pneumotorace.

Applicando questi concetti ai due casi di Zuccola ricordiamo che:

a) il 1° caso del muratore che investito da una lastra di granito del peso di circa 250 kg. e nella minaccia di cadere dall'impalcatura sulla quale si trova, si aggrappa con una mano ad un sostegno e riesce con non piccolo sforzo a trattenersi e contemporaneamente avverte un violento dolore al torace, segno di una lacerazione pleurica, se la lastra di granito investendolo ha urtato contro il torace, può essere un esempio tipico di pneumotorace dovuto a sforzo accompagnato da riduzione della capacità toracica per cause esterne ed il giudizio, dal punto di vista infortunistico, è stato, come lo stesso Autore ci dice, giustamente favorevole all'operaio riconoscendogli il diritto all'indennizzo;

b) il caso 1° invece dell'operaio che mentre coll'aiuto di un compagno stava scaricando dei grossi tronchi di pioppo del peso medio di 150-200 kg. facendoli scivolare su un piano inclinato, essendo in pericolo di essere investito da uno di questi tronchi sfuggito alla presa del compagno, compie un movimento istintivo per trattenerlo e deviarne la caduta e in quel momento sente un vivo dolore al torace, primo sintomo di una rottura pleurica che conduce al pneumotorace, questo caso, ripeto, può essere citato ad esempio di effetto del concorso di uno speciale atteggiamento collo sforzo, sia per la sua interpretazione patogenetica che per la sua valutazione infortunistica.

* * *

L'osservazione che la rottura della pleura viscerale in questi infortunati avvenga in una zona di tessuto normale oppure là dove la resistenza era diminuita per una sclerosi o per la presenza di un tubercolo calcificato esito di un antico processo specifico ormai spento, che hanno potuto presentare un punto di minore resistenza alla pressione endoalveolare, non potrà diminuire la responsabilità dell'infortunio nè potrà infirmare il diritto dell'operaio ad essere risarcito. Perchè è ben noto come sia frequente il ritrovare nei polmoni di individui che pur lavorano normalmente e che non presentano alcun sintomo di malattia, esiti di antiche piccole infezioni tubercolari che, guarite spontaneamente e molte volte completamente ignorate dai portatori, non diminuiscono la facoltà lavorativa degli individui stessi e sono compatibili con una vita anche lunga senza costituire una causa di maggiore morbilità o di più facile mortalità.

Il voler pertanto addurre la ragione della concausa preesistente e predisponente per negare o limitare il risarcimento del danno sofferto in simili casi dall'operaio mi pare contrastante con quei concetti di etica e di giustizia che informano la legislazione italiana nella difesa contro gli infortuni sul lavoro.

L'importanza poi della chiusura completa o meno della glottide durante lo sforzo associato all'azione riducente della cavità intratoracica, mi pare che non debba assumere un valore fondamentale nella produzione del pneumotorace poichè, anche a glottide parzialmente aperta, la violenta diminuzione della capacità toracica può non trovare un sufficiente compenso in una altrettanto violenta ed equivalente emissione dell'aria contenuta nei polmoni e conseguire quindi l'aumento della pressione endoalveolare capace anche di rompere la pleura viscerale.

* * *

Premesse queste nozioni patogenetiche sul pneumotorace cosidetto da sforzo dobbiamo ancora considerare come nella pratica possa essere correttamente espresso il giudizio di fronte ad un operaio che si rivolge a noi per ottenere l'indennizzo per un pneumotorace prodottosi durante il lavoro.

Non è possibile stabilire delle condizioni o porre dei limiti per il riconoscimento del pneumotorace-infortunio; bisognerà di volta in volta considerare tutti gli elementi che sono concorsi nella produzione del pneumotorace avvenuto durante il lavoro e ricercare tutti quei fattori che possono servire per giungere alla classificazione dell'infortunio sul lavoro.

Ciò nonostante mi permetto di fare qualche considerazione per tentare di svolgere i concetti che possono servire per una giusta valutazione.

Non sarà di solito difficile stabilire, con un prudente interrogatorio e coll'inchiesta, se nel momento in cui l'operaio stava compiendo l'atto di forza è intervenuta un'azione compressiva sul torace tale da ridurne violentemente la capacità; se ciò è avvenuto dovremo riconoscere nel concorso del trauma un elemento causale sufficiente a spiegare la genesi

del pneumotorace e quindi tale da giustificare la richiesta di risarcimento.

Meno facile sarà invece poter stabilire se durante l'atto di forza l'infortunato abbia assunto un atteggiamento tale da modificare in modo così intenso e rapido la capacità polmonare, così da turbare tanto profondamente l'equilibrio aero-dinamico del polmone fino a produrre una lacerazione pleurica.

In questo caso però nel valutare l'importanza dell'atto di forza come causa determinante della lesione bisognerà dimostrare che si è trattato di un vero e proprio sforzo tale cioè da essere giudicato come eccessivo e superiore a quegli atti di forza che si compiono normalmente dall'uomo che lavora; dovremo cioè basarci su quegli stessi elementi di valutazione dello sforzo che ci servono per il riconoscimento dell'ernia infortunio.

Chè se l'operaio nel momento in cui si è prodotto il pneumotorace stava compiendo un lavoro abituale oppure era assoggettato ad un atto di forza moderato e consueto, non superiore a quelli che egli era solito compiere, allora noi dovremo ritenere che tale lesione altro non sia che il corollario di un malattia forse ignorata dallo stesso individuo, ma non pertanto imputabile alla violenza dello sforzo in occasione di lavoro e non potremo quindi rendere responsabile il lavoro stesso.

Il caso da me descritto del cantoniere che presenta un pneumotorace durante il lavoro abituale senza che sia concorsa una causa violenta esterna deve essere giudicato secondo quest'ultimo criterio.

RIASSUNTO.

L'A. riferisce un caso di pneumotorace spontaneo prodottosi durante il lavoro ed unisce delle considerazioni medico-legali sul pneumotorace da sforzo utili per il riconoscimento del pneumotorace-infortunio.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

BERRI. Minerva Medica, 1926.

COURCOUX e LEREBOULLET. *Il pneumotorace semplice spontaneo.* La Presse Médicale, n. 21, 12 marzo, 1930.

DE MARTINI. *Contributo alla nosografia del pneumotorace sponeaneo.* Minerva Medica, n. 45, 10 novembre 1930, pag. 673.

DIEZ. *Lo sforzo nella patogenesi del pneumotorace e dell'enfisema sottocutaneo.* Il Policlinico, Sez. Pratica, fasc. 41, 1928, pag. 2006.

ID. *Il contributo dell'Italia al V Congresso Internazionale Medico per gli infortuni del lavoro e per le malattie professionali.* Budapest, 2-8 settembre 1928. Edito dalla Cassa Naz. Inf.

FIORI. *Un caso di pneumotorace da sforzo per lacerazione di antiche aderenze pleuriche.* Il Policlinico, Sez. Pratica, fasc. 10, 1927, pag. 306.

GARRONE. *Difficoltà della diagnosi etiologica del pneumotoace spontaneo.* Ibid., fasc. 41, 1927, pag. 1468.

JUNKER. *Pneumotorace sponeaneo senza sintomi.* Die Tuberkulose, n. 10, 20 settembre 1930.

LOKE. *Pneumotoace completo da causa ignota (cosidetto pneumotorace spontaneo o idiopatico).* Med. Clin. N. Amer., n. 13, 1929.

MALFITANO. *Pneumotorace spontaneo. Soccorsi di urgenza e considerazioni medico legali.* Progressi di Terapia, febbraio 1930, pag. 68.

PALMER e TAFT. *Pneumotorace spontaneo.* The Journal of the American Medical Association, Chicago. Illinois, vol. 96, n. 9, 28 febbraio 1931, pag. 653.

PIERACCINI. *Il meccanismo nello sforzo fisico nell'uomo, nei rapporti colle oscillazioni di pressione intrapolmonare ed intraddominale, ricercato per nuove vie.* Il Lavoro, n. 20, 1912.

ID. *La pressione arteriosa generale nello sforzo fisico volontario.* Il Ramazzini, anno XI, 1927.

WEISZ e KOPLESTEIN. Wiener Klin. Wochen., 1927.

ZUCCOLA. *Su due casi di pneumotorace da sforzo.* La Riforma Medica, 13 giugno 1931, pag. 915.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE VITTORIO EMANUELE III - MATERA.

REPARTO MEDICO.

Epididimite colibacillare.

Dott. A. GUERRICCHIO, primario.

Il colibacillo, ritenuto fino a pochi anni or sono un germe scarsamente patogeno per l'uomo, ha assunto in questi ultimi tempi notevolissima importanza quale agente di numerose forme morbose più o meno gravi e benanche mortali. Le ricerche cliniche e batteriologiche moderne hanno infatti dimostrato come sia facile e frequente la sua migrazione dall'intestino, sua sede abituale, nell'organismo, ove giunge e si diffonde per mezzo della corrente saguigna. Non vi ha quindi apparato organico — dal fegato, alla milza, alla pleura, al polmone, ai reni, allo scheletro, al cervello — ove, dopo una tappa setticemica più o meno silenziosa, non possa localizzarsi, originando una serie di affezioni che interessano ogni campo della medicina e della chirurgia.

È ben nota la particolare predilezione del colibacillo per l'apparato reno-vescicale, e può dirsi ormai acquisita alla patologia la sindrome che fu identificata specialmente dall'Heitz-Boyer e da lui felicemente denominata *entero-renale*. Non così nota e studiata è invece la localizzazione del germe nell'apparato genitale maschile e femminile, sia perchè questa localizzazione non sembra in realtà molto frequente, sia perchè soltanto da pochissimo tempo è stata dagli urologi richiamata su di essa l'attenzione.

Casi di uretrite, di prostatite, di vescicolite, di metrite da colibacillo, sono stati recentemente descritti specialmente in Francia, e il loro scarso numero più che da una vera rarità della forma morbosa, è senza dubbio dipendente dalla difficoltà con la quale si pensa in pratica alla possibile eziologia colibacillare di una malattia della sfera genitale. Dinanzi ad una epididimite è ben difficile poi sottrarsi alla diagnosi di blenorragia o di tubercolosi, data l'enorme frequenza con la quale queste due infezioni si localizzano al testicolo.

L'epididimite colibacillare come complicanza o conseguenza dell'infezione gonococcica non è una rarità ed è conosciuta da tempo; si ammette, anzi, dagli autori che una buona parte delle epididimiti che si verificano nel corso della blenorragia sia dovuta al coli e che in questi casi il gonococco ha soltanto il compito di preparare il terreno all'attecchimento del coli.

Molto rare sono invece le infezioni dell'epididimo da coli non conseguenti a blenorragia. Alcuni casi ne furono descritti or è qualche anno dall'Heitz-Boyer e dall'Hogge; più recentemente altri ne sono stati pubblicati da Gontier, Muller, Bauermeister, Bonner (1); di esse, con quattro osservazioni personali, si è recentemente occupato in un lavoro assai dettagliato il Vintici della scuola di Marion sul « Journal d'Urologie » del novembre del 1928. Un caso singolare di orchiepididimite acuta con ascessi miliari da coli in un lattante di sei mesi, è stato descritto l'anno scorso da Fèvre e Couvelaire (2). In Italia due osservazioni sono state pubblicate pochi mesi or sono dal Negro di Torino (3).

Si tratta in genere di malati di intestino o di portatori di calcoli vescicali o renali, o di soggetti affetti da pielonefrite cronica — tutti con colibacillo in cultura pura nelle urine — nei quali, in occasione di una riacutizzazione della malattia primitiva, od anche senza causa occasionale apprezzabile, si sviluppa improvvisamente un'orchiepididimite acuta che non presenta caratteristiche sintomatiche speciali, salvo spesso l'alta temperatura iniziale. Curata coi soliti mezzi antiflogistici, questa complicanza guarisce rapidamente in qualche settimana e, a differenza dell'epididimite gonococcica o tubercolare, non lascia postumi o reliquati anatomici di sorta, ma recidiva parecchie volte in un periodo di tempo più o meno lungo, localizzandosi talora alternativamente nei due testicoli.

La via che ordinariamente il colibacillo segue per giungere al testicolo è quella dell'uretra e del deferente, poichè, come abbiamo detto, queste epididimiti non sono quasi mai primitive ma secondarie ad altre localizzazioni del germe quasi sempre nel rene o nei bacinetti. Non è però da escludere che in rari casi possa il coli giungere direttamente all'epididimo portato dal sangue, per quanto la sua costante presenza nelle urine, anche in casi di setticemia senza localizzazioni viscerali, renda questa evenienza improbabile e, comunque, non facilmente dimostrabile.

L'esiguità della casistica e la scarsa conoscenza della forma morbosa mi inducono a pubblicarne un caso che ho avuto occasione di studiare recentemente e che, essendo per il suo decorso particolarmente tipico e dimostrativo, può forse giustificare questa mia incursione in un campo specialistico.

L. C., di anni 45, commerciante. Contrasse a 18 anni infezione blenorragica della quale guarì senza complicanze in qualche mese.

Circa venti anni or sono cominciò a soffrire di disturbi intestinali consistenti in stipsi ostinata, crisi di diarrea, dolori ipogastrici, feci mucose, anoressia, dimagramento. Tali disturbi si protrassero con varie alternative per qualche anno per attenuarsi in seguito, pur presentando di quando in quando violente riacutizzazioni sotto forma di coliche addominali accompagnate da diarrea e da chiusura dell'alvo, febbre, frequenza della minzione, urine torbide. Durante una di queste crisi, nel 1920, fu colpito da acuto dolore al testicolo sinistro che rapidamente aumentò di volume e lo costrinse a letto per una quindicina di giorni, guarendo con applicazioni di pomate risolventi e col riposo.

Nel maggio del 1926 io vidi per la prima volta l'infermo perchè in preda a fortissimi dolori addominali che gli erano sopraggiunti in seguito ad abusi alimentari. Presentava i segni di una occlusione intestinale acuta che andò risolvendosi in qualche giorno con i soliti rimedi sintomatici. Senonchè, la febbricola che si era presentata sin dall'inizio della sintomatologia, si trasformò in terza o quarta giornata in alta temperatura (39°), accompagnata da intenso dolore al testicolo destro e da bisogno di urinare frequentemente. Si sviluppò quindi al completo il quadro di una orchiepididimite acuta destra e di una pielo-cistite, con urine torbide che al microscopio si rivelarono ricchissime di corpuscoli purulenti e di colibacilli in cultura pura.

Se fu cosa facile attribuire alla riacutizzazione dei fatti intestinali l'origine dei fenomeni urinari, inesplicabile rimase allora per me la natura ed il significato della epididimite, pur sembrandomi evidente l'esistenza di rapporti patogenetici per i quali quest'ultimo processo doveva verosimilmente riguardarsi come una delle manifestazioni della malattia fondamentale.

(1) Citati da STROMINGER: Presse Médicale, 6 giugno 1931.

(2) Journal de Médecine de Paris, 15 maggio 1930.

(3) Minerva Medica, 3 marzo 1931.

Mi limitai quindi a qualche iniezione endovenosa di urotropina ed ai soliti rimedi antiflogistici. Dopo qualche giorno i fenomeni regredirono progressivamente e la guarigione dell'epididimite si ebbe in circa tre settimane, senza che, in ripetuti esami successivi, fosse possibile rilevare alcunchè di anormale nel volume e nella consistenza del testicolo e dell'epididimo destro.

I disturbi urinari scomparvero anche relativamente presto, residuando però il reperto costante di corpuscoli purulenti e di colibacilli più o meno numerosi nei ripetuti esami delle urine.

L'infermo non ha avuto più bisogno dell'opera mia fino ai primi giorni dell'aprile di quest'anno, quando fui chiamato a visitarlo perchè da qualche giorno a letto per febbre e dolore al testicolo destro. Trovai i segni di un'orchiepididimite acuta in pieno sviluppo di cui mi riservai di identificare la natura, e prescrissi le consuete cure locali e generali antiflogistiche. Il processo infiammatorio sembrava questa volta particolarmente benigno perchè tendeva rapidamente alla risoluzione, quando, poche ore dopo un energico purgante preso per combattere l'ostinata stitichezza, l'infermo fu colpito da acutissimo dolore al basso ventre. Chiamato d'urgenza, lo trovai agitato e gemente, in condizioni di già allarmanti: facies ippocratica, polso frequentissimo, lingua asciutta, conati di vomito, alvo completamente chiuso, ipotermia, tendenza al collasso. Si stabilì insomma anche questa volta un'occlusione intestinale che, dopo un decorso notevolmente grave, si risolse in circa una settimana. In terza giornata, mentre le condizioni del malato accennavano a migliorare, si ebbe una nuova ripresa dell'orchiepididimite destra con riaccensione febbrile, dolori, notevole tumefazione del testicolo e dell'epididimo. Assenza di disturbi nella minzione, urine torbide; al microscopio, grande quantità di pus, innumerevoli colibacilli, qualche emazia. Un'ansata del sedimento seminata in agar produsse rigoglioso sviluppo di coli in cultura pura.

Dopo un mese, l'ammalato guarì completamente. Attualmente sta bene; all'esame più accurato del testicolo e dell'epididimo non si notano postumi dei processi infiammatori superati; nelle urine persistono però alcuni corpuscoli di pus e numerosi colibacilli. Assenza di nemaspermi all'esame dello sperma.

Un esame radiologico, praticato recentemente (prof. Del Buono), riconosce l'esistenza di esiti di colite e di pericolite, con aderenze specialmente evidenti all'angolo colico destro e al primo tratto del trasverso e assenza di ombre sospette di calcoli a carico dei reni e delle vie urinarie.

Il caso descritto è così tipico da non richiedere se non poche considerazioni illustrative.

Incontestabile ci sembra l'origine colibacillare dell'epididimite. Nel nostro infermo lesioni croniche del grosso intestino hanno determinato una sindrome entero-renale con eliminazione costante di colibacilli attraverso le urine.

Le periodiche riacutizzazioni del processo intestinale hanno provocato una virulentazione del germe, una sua maggiore invasione nel circolo sanguigno e quindi una più copiosa scarica di esso nelle vie urinarie, favorendo la sua migrazione attraverso i deferenti nell'epididimo, prima a destra e poi a sinistra. L'epididimite, sopraggiunta dopo un periodo di ostinata stitichezza, ha preceduto l'ultima volta la recrudescenza dei fenomeni enterici, ma ne è stata a sua volta aggravata, quando già tendeva a risolversi.

Com'è caratteristica costante dell'epididimite colibacillare, nessuna traccia di questi ripetuti attacchi di infiammazione acuta è rimasta nel nostro infermo.

Il caso descritto conferma quindi l'esistenza di epididimiti da colibacillo puro che, se fossero più spesso sospettate, risulterebbero probabilmente più frequenti di quanto abitualmente non si creda.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un caso di orchiepididimite acuta recidivante da colibacillo puro in un malato di colite e pericolite cronica, e di questa non comune forma morbosa ricorda brevemente la patogenesi e la sintomatologia.

SUNTI E RASSEGNE.

RICAMBIO.

La magrezza.

(M. LOEPER e P. SOULIÉ. *Journ. Méd. Franç.*, novembre 1931).

La magrezza è una sindrome clinica in cui dominano due processi principali e di ineguale importanza, la diminuzione o l'assenza di grasso nei tessuti e la diminuzione o il debole sviluppo delle masse muscolari. Le varietà eziologiche della magrezza sono numerose. L'insufficienza di apporto alimentare, l'insufficienza di assorbimento, l'insufficienza di utilizzazione, l'esagerato consumo energetico, l'elevazione del metabolismo organico costituiscono i fattori fisio-patologici principali della magrezza. Esiste infine una magrezza essenziale che si chiama macilenza.

Magrezza per insufficienza di apporto alimentare. L'insufficienza di apporto può derivare da cause diverse: povertà, anoressia mentale degli psicopatici, inappetenza o anoressia nel corso della tubercolosi, dei cancri dell'apparato digerente, specie del cancro gastrico, regimi ristretti applicati nel corso di affezioni digestive per paura di indigestione o di sofferenze, regime troppo ristretto o mal equilibrato nei diabetici o nei gottosi, regimi di cura dell'obesità o eseguiti per evitare la obesità, tentativi di suicidio, ostacoli lungo le vie digestive (stenosi esofagee, del cardias,

del piloro), vomiti delle gravide, tosse emetizzante dei tubercolosi.

Gli studi sperimentali, eseguiti sugli animali e sull'uomo hanno dimostrato che lo individuo in stato di denutrizione completa perde progressivamente il suo peso fino alla morte, che sopravviene quando il soggetto ha perduto i quattro decimi del suo peso.

Degli studi recenti sugli effetti della inanizione, è importante ricordare quelli sugli edemi da fame, osservati durante la guerra. Sembra che la produzione di questi edemi dipenda dalla privazione di grassi e sia legata ad una rottura dell'equilibrio lipocitico. L'aumento relativo della colesterina rispetto ai grassi provocherebbe nei tessuti una idrofilia superiore alla normale.

Magrezza per insufficienza di digestione e di assorbimento. Si osserva nel corso delle lesioni intestinali: enteriti croniche, entero-coliti, appendiciti croniche ed anche certi cancri digestivi con stenosi o diarrea.

Il disturbo digestivo può in altri casi dipendere da un difetto o da una diminuzione della secrezione pancreatica o biliare (litiasi biliare, cancro pancreatico, ostruzione delle vie biliari).

Magrezza per insufficienza di utilizzazione. Un'alterazione del fegato, del pancreas, del polmone può disturbare l'assimilazione degli alimenti e provocare un processo di denutrizione. Ciò si osserva sopratutto nel corso delle lesioni pancreatiche specie quando si accompagnano a diabete.

Diverse piressie, intossicazioni, disturbi cardio-vascolari e renali possono provocare ugualmente per infezione o intossicazione una denutrizione marcata.

Magrezza per aumentato consumo. È uno dei segni principali dell'ipertiroidismo.

In presenza di ogni magrezza bisogna sistematicamente ricercare con lo studio clinico e lo studio del metabolismo la parte che spetta al superfunzionamento tiroideo.

Queste sono le principali cause conosciute della magrezza. Gli AA. studiano a parte certi stati di magrezza particolari.

La *magrezza professionale* è dovuta all'attività fisica intensa dell'atleta, dello sportivo, dei soggetti sottoposti a lavori rudi. Questo genere di magrezza relativa si accompagna in genere ad una forza fisica al di sopra della media e il più spesso ad eccellente salute.

La *magrezza nel corso delle infezioni acute* è sopratutto marcata nel corso della scarlattina, della grippe, del vaiolo. L'emaciazione estrema del colera è in parte dovuta alla disidratazione dell'organismo. Dimagramento rapido provocano le setticemie streptococciche e la polmonite, benchè quest'ultima sia breve di decorso. Nella difterite si può avere un dimagramento tardivo, dipendente da fatti di paralisi che disturbano l'alimentazione o da un vero avvelenamento dell'organismo da tossina difterica. Nel tifo il dimagramento si manifesta all'inizio, si fa progressivo nel corso della seconda e della terza settimana, poi si arresta e si accentua brutalmente al momento della crisi.

Magrezza localizzata. Certi casi di magrezza localizzata realizzano una vera lipodistrofia progressiva. Certi malati presentano un dimagramento marcato della faccia, del tronco, degli arti superiori, mentre il resto del corpo resta normale.

Magrezza essenziale o macilenza. Esistono infine dei soggetti che sono e restano magri, qualunque cosa facciano. Questa magrezza essenziale può essere in certi casi ereditaria e può talora dipendere da un disturbo ghiandolare ugualmente ereditario. Prima di porre la diagnosi di magrezza costituzionale bisogna però escludere la dispepsia latente, l'inanizione parziale derivante da una restrizione spesso incosciente.

Magrezza dei lattanti e del bambino. Riguarda gli immaturi, i nati a termine ma incompletamente sviluppati ed i prematuri. Demelin e Devraigne distinguono i prematuri accidentali dai prematuri tarati, affetti da debilità congenita. Questi ultimi sono particolarmente fragili e tendono verso l'atrepsia. La atrepsia può essere distinta in tre gradi: ipotrepsia leggera, ipotrepsia grave e atrepsia vera nel corso della quale il dimagramento si accentua malgrado la scomparsa della causa primitiva.

Queste magrezze dell'infanzia sono dei fattori importanti per lo sviluppo staturale e muscolare ulteriore dell'adulto.

Trattamento della magrezza. È un problema terapeutico difficilissimo. Esso deve seguire due direttive: la cura della causa, la cura della sindrome.

La terapia eziologica presuppone un esame completo ed accurato. Ma in molte magrezze la causa sfugge. Occorre allora rivolgersi al trattamento della sindrome. Detto trattamento comprende due direttive principali: la diminuzione del consumo organico e l'aumento dell'apporto.

La diminuzione del consumo sarà ottenuta con il riposo, fisico, genitale e psichico. Ma il punto capitale del trattamento è l'aumento dell'apporto. L'integrità del tubo digestivo e un regime appropriato sono i due scopi da raggiungere. Il regime sarà abbondante e vario, accetto al gusto e terrà conto per larga parte della preferenza degli ammalati.

La psicoterapia, la molteplicità dei pasti poco copiosi, l'interpretazione delle reazioni digestive e mentali del malato sono tutti fattori di un successo spesso ben difficile ad ottenere.

In ultimo è da ricordare la terapia insulinica, che, a dosi medie di 20-30 unità *pro die*, può rendere notevoli servizi.

C. TOSCANO.

L'ossaluria.

(L. LICHTWITZ. *Lehrbuch der inn. Medizin*, Springer ed. 1931).

L'eliminazione di acido ossalico con l'urina raggiunge i 15-20 mg. nelle 24 ore. Viene formato nel ricambio intermedio, non è noto in quale modo; l'unica sostanza-madre finora nota è il tessuto connettivo. Viene inoltre ingerito, come ossalato di calcio od ossalato acido di potassio, con gli alimenti e specialmente con i vegetali verdi ed il connettivo. Vi si aggiunga anche una certa quantità che si forma nell'organismo stesso per opera di germi, fra cui è stato descritto il *Bacterium oxalatigenum* (di De Sandro) che, nell'intestino, può degradare gli zuccheri in acido ossalico. Nelle enteriti e nel tifo addominale, è stato osservato un forte aumento dell'ossaluria; ma la formazione dell'acido ossalico può aversi anche fuori dell'intestino come, p. es., nelle caverne tubercolari ed in altre affezioni polmonari ad opera dell'*Aspergillus niger*.

L'acido ossalico viene in parte assorbito dall'intestino; il grado di assorbimento dipende dalla solubilità e (poichè l'ossalato di calcio è poco solubile) può essere diminuito con l'apporto di sali di calcio.

Nel ricambio intermedio, l'acido ossalico è ben poco o punto attaccabile; la sua eliminazione non avviene per i reni ma per il fegato; difatti, non è raro trovare dei cristalli di ossalato di calcio nel contenuto duodenale, come pure nella bile. Nell'ittero completo, il contenuto di ossalato di calcio nell'urina è aumentato.

Nulla è noto riguardo all'aumento nella formazione endogena dell'acido ossalico; tutti i dati che si trovano, su questo soggetto, sono errati, poichè si basano non già sulle analisi, ma sul fenomeno dei sedimenti di ossalati. Ad ogni modo, è certo che la precipitazione di questi nell'urina è di massima indipendente dalla concentrazione, nonchè dalla reazione.

Nell'ossaluria, si possono avere disturbi delle vie urinarie: stimolo ad urinare, dolori, leggera ematuria; è ignoto, però, se questi siano prodotti dai cristalli o dalle condizioni nervose che stanno alla base dell'assoluria. Nella medicina francese, si ritiene ora che gli ossalati vengano depositati nell'organismo (p. es., nei tofi gottosi, nello sciatico, nel plesso addominale) e cagionino neuralgie e reumatismi. L'ossaluria non esige alcun trattamento a meno che la formazione di sedimenti non raggiunga un grado elevato, specialmente la formazione di calcoli. Si darà allora una dieta che contenga o formi pochi ossalati, sono pertanto da evitare i vegetali verdi, i pomidoro, le patate, la cioccolata, il cacao, il tè, i fichi e l'eccessiva quantità di pane. Si daranno abbondanti bevande, si curerà la peristalsi intestinale e si darà del carbonato di calcio (g 1-1,5 ad ogni pasto). *fil.*

CIRCOLAZIONE.

Sul decorso e la prognosi della mesaortite luetica.

(R. HIFT. *Medizinische Klinik*, 22 genn. 1932).

Da quando la mesaortite luetica è divenuta, con i metodi di indagine röntgenologica e sierologica, di facile e corrente diagnosi essa viene sistematicamente curata con mezzi antiluetici: poco quindi sappiamo ormai su quello che è il suo naturale decorso quando questo non venga modificato dalla terapia specifica. L'A. ha seguito per parecchi anni 231 malati di mesaortite luetica in cui l'affezione si era sempre presentata come manifestazione luetica tardiva, di regola ad almeno 15 anni dall'inizio dell'infezione: ciò contrasta con la ipotesi, da taluno emessa, che la terapia salvarsanica provochi un aumento di frequenza della sifilide vascolare e un accorciamento del suo tempo di latenza. In un certo numero di casi, pur avendosi segni clinici di mesaortite luetica (ectasia vasale, insufficienza valvolare) e reperti radiologici positivi, i malati non avevano alcuna sintomatologia soggettiva: nella metà di questi malati vi erano segni di neurolue o alterazioni del liquido c. r.; constatazione analoga è già stata fatta dai neuropatologi che ritengono la localizzazione nervosa mitigare la lue aortica.

I disturbi soggettivi possono comprendere tutta la gamma della sofferenza cardiaca: sintomi di « cardioneurosi vasomotoria », di angor pectoris, di debolezza cardiaca, di angor e di insufficienza insieme. Le forme anginose hanno a volte un decorso così tumultuoso e impressionante da far pensare — benchè tale forma non sia anatomicamente descritta — a una mesaortite acuta; in questi casi, specie se in soggetti giovani, gli accessi assumono un significato patognomonico e autorizzano a porre diagnosi di mesaortite luetica anche senza altri reperti (mesaortite oligosintomatica di Schlesinger).

I disturbi generali cardiaci e nervosi non rivestono caratteri particolari e lasciano talora lunghissimi periodi di tregua al malato; spesso si accompagnano a palpitazioni, vertigini, parestesie, sudorazione e a dispnea indipendente da sforzi, da ipertensione o da disendocrinie.

Circa il reperto obbiettivo l'A. fa sei categorie:

1) mesaortite semplice senza compromissione valvolare e con aorta ortodiagraficamente larga non oltre 65 mm.; 2) mesaortite con insufficienza aortica; 3) mesaortite con dilatazione cilindrica diffusa; 4) la precedente con insufficienza aortica; 5) mesaortite con aneurismi sacciformi; 6) la precedente con vizio valvolare. Tale classificazione permette anche una suddivisione prognostica.

In 27 casi non trattati specificamente e seguiti per almeno 4 anni il decorso è stato fre-

quentemente (40 %) progressivo con comparsa successivamente di ectasia, compromissione valvolare, insufficienza cardiaca; si sono avuti anche casi di morte improvvisa. Su 187 malati curati, solo 6 volte si potè obbiettivare un progresso della lesione anatomica; molto raramente si ebbe un peggioramento soggettivo; in circa la metà dei casi si è raggiunta la guarigione clinica, in circa un terzo la sopravvivenza a lunga scadenza.

Si può quindi concludere che la terapia può essere in grado di arrestare il corso del male; se ciò non avviene, nei casi di debolezza circolatoria soggettiva si va incontro alla completa insufficienza cardiaca, nei casi con disturbi anginoidi, se non interviene la morte o improvvisamente o per edema polmonare o per scompenso acuto, si passa allo scompenso cronico.

Per quanto riguarda gli effetti immediati della terapia non bisogna dimenticare che essa può portare talora a un peggioramento o addirittura alla morte; tale fatto potrebbe spiegarsi attraverso una reazione cardiaca simile a quella di Herxheimer della lue secondaria o per un attacco stenocardico acuto con chiusura delle coronarie. L'evenienza di morte in corso di terapia si è verificata nella statistica dell'A. nel 27,5 % dei casi letali e nel 4,5 % dei casi curati; e per lo più in soggetti con insufficienza valvolare e aorta non dilatata (mai con aorta dilatata e senza vizio) trattati con mercurio, salvarsan e bismuto. La nozione di questa possibilità deve far sorvegliare il trattamento: alla più piccola reazione tossica il medico dovrà allungare le pause, alleggerire le dosi, cambiare preparato, eventualmente interrompere la cura specifica interpolando un periodo di cure aspecifiche.

Dai criteri di classificazione suesposti l'A. trae le seguenti conclusioni prognostiche:

A) *a seconda dei disturbi soggettivi*:

1) mortalità del 12,4 % — mai entro i primi 4 anni — nei malati con disturbi neurocircolatori e vasomotori;

2) sindromi anginose: mortalità del 24,2 %, per lo più precocemente; massimi benefici della cura specifica;

3) insufficienza cardiaca: mortalità del 35.5 % con durata media della vita maggiore che nel gruppo precedente; la terapia dà raramente la guarigione clinica e non impedisce per lo più lo stabilirsi dell'insufficienza cronica;

4) sindromi anginose con insufficienza cardiaca; si ha la prognosi più grave poichè la morte avviene nel 43,8 % dei casi e per lo più precocemente.

B) *A seconda dei dati obbiettivi clinici e radiologici*: nel gruppo B non si ebbe alcun caso di morte, in un quarto dei casi sopravvivenza da oltre 10 anni, in generale ottimi risultati terapeutici; nei gruppi 5 e 6 pure buona sopravvivenza ma minore efficacia delle cure; nel gruppo 1 si ha mortalità relativamente elevata accanto a un'alta percentuale di successi curativi: in questi malati se anche interviene un peggioramento non è possibile obbiettivare un'accentuazione delle lesioni, tanto da far pensare che nel gruppo stesso vi siano due stadi di sviluppo — distinguibili anamnesticamente ma non clinicamente nè radiologicamente — di cui uno evolve verso la semplice ectasia vasale e l'altro verso la coronarite che è la causa di morte per eccellenza. Nel gruppo 2 la mortalità sale al 50 % sopratutto a causa dell'insufficienza cardiaca che spesso interviene; nel gruppo 4 la prognosi è migliore di quanto non si abbia nei casi della categoria precedente in cui pur avendosi eguale insufficienza aortica manca la dilatazione del vaso.

Infine l'A. esamina altri due dati prognostici: la pressione arteriosa e le infezioni reumatiche acute intercorrenti: alla prima non ritiene — contrariamente ai più — doversi attribuire grande valore dato che molto raramente riscontrò valori oltre 200 mm.; le seconde influiscono sfavorevolmente sul decorso tanto che si riscontrarono nell'anamnesi del 40 % dei casi letali.

M. PISA.

Contributo alla semeiotica della sinfisi pericardica.

(G. STRADIOTTI. *Gazz. degli Osp. e delle Clin.*, 24 genn. 1932).

L'A. prende lo spunto da una pubblicazione del prof. M. Ascoli « sull'arretramento sistolico del torace antero-laterale destro con avanscatto diastolico come sintoma di *accretio cordis* » per illustrare il caso di un P. affetto da tipica sindrome di Pick.

Tale P. oltre al rientramento sistolico della punta, presentava alla regione sottomammaria destra un rientramento sistolico esteso in senso laterale fra la mammillare e l'ascellare anteriore e comprendente in altezza il 4°, 5° e 6° spazio.

L'A. ammette con l'Ascoli che la produzione del fenomeno richieda in primo luogo un cospicuo ingrandimento del cuore verso destra (tanto nel paziente dell'Ascoli come in quello dello Stradiotti la sinfisi pericardica si associava ad un doppio vizio mitralico di alto grado) ma non ritiene necessario, come l'Ascoli, che per la produzione della retrazione parietale destra si debba localizzare l'aderenza al margine destro.

Per spiegare come la sinfisi pericardica possa estrinsecarsi alla superficie esterna in una sede così insolita come l'emitorace destro, ove tra il cuore e la parete è interposto il tessuto polmonare che normalmente dovrebbe ostacolare la trasmissione alla parete dei

movimenti cardiaci, l'A. ritiene che una semplice aderenza pericardica interna ed esterna non sarebbe bastevole.

Ritiene perciò necessaria una catena completa di aderenze pericardo-pericardiche, pericardo-pleuriche, e pleuro-parietali. La mancanza di uno solo di questi anelli dovrebbe bastare ad impedire la trasmissione mediata dei movimenti cardiaci alla parete toracica.

Questa condizione necessaria non è però bastevole; perchè la retrazione sistolica destra raggiunga una grande evidenza s'impone anche la necessità che la sinfisi verso la parete sia estesa e diffusa su una larga superficie e ad opposte parti del cuore. Infatti nel caso dell'A. la riacquistata motilità del cuore sinistro, derivata dal disossamento parietale sinistro (operazione di Brauer) diede luogo alla assoluta scomparsa del fenomeno a destra.

Il segnalato rientramento sistolico dell'emitorace destro nelle sinfisi pericardiche, assurge secondo l'A. a particolare interesse semeiologico, in quanto, sebbene raro, sarebbe tuttavia un prezioso indice di sinechia pericardica.

R. Garbini.

Su una condizione anatomica dell'edema acuto del polmone nelle malattie dell'apparato circolatorio.

(C. Pezzi. *Annales de Méd.*, ottobre 1931).

Nella patogenesi dell'edema acuto del polmone sono stati invocati fattori diversi, ma non è stato mai preso in considerazione lo stato anatomico dei vasi polmonari, per quanto sia attraverso questi che la tempesta scoppia. L'A. si è domandato se non sia possibile trovare nelle alterazioni delle pareti vascolari la condizione anatomica necessaria allo scoppio della crisi e, a tale scopo, ha studiato radiologicamente i vasi polmonari. Ha potuto così constatare che, sia che si tratti di edema acuto del polmone in mitralici o in ipertesi, l'esame radioscopico rivela sempre l'esistenza di una ipertensione polmonare, che allo schermo si rivela per la presenza di masse ilari fortemente accentuate, a contorni netti e regolari, punto di partenza di numerose travate vascolari che si irradiano nel polmone.

Ora, se questa ipertensione polmonare, come condizione o substrato anatomico dell'edema acuto, può essere discutibile nelle lesioni mitrali non lo è nell'ipertensione della grande circolazione. Nelle lesioni mitrali, in effetti, specie nel corso della stenosi, l'ipertensione polmonare più o meno accentuata, è quasi di regola. Essa in gran parte è competenza della stasi venosa a monte dell'ostacolo, ma può essere. almeno in parte, conseguenza di alterazioni anatomiche reumatiche della tunica media dei vasi polmonari.

Ma, comunque si considerino le cose, l'ipertensione polmonare è una complicazione troppo banale e troppo frequente nelle lesioni mitrali perchè si possa considerarla, a prima vista, come una condizione anatomica dell'edema acuto. Tuttavia quelli che hanno l'abitudine di osservare i mitralici allo schermo e di seguirli clinicamente possono constatare che i mitralici bronchitici, tossicolosi, dispnoici presentano sopratutto i segni della stasi venosa, i mitralici emoptoici sopratutto i segni dell'ipertensione polmonare.

La constatazione di questi segni radioscopici ha così, al di fuori di ogni considerazione teorica, un reale valore pratico e prognostico. Un soggetto affetto da stenosi mitralica nel quale le ombre ilari sono normali o quasi ed i campi polmonari chiari, ha più probabilità di tollerare per lungo tempo e facilmente la sua lesione orifiziale.

Lo stesso si può dire del valore di questi segni radioscopici negli ipertesi della grande circolazione. Quando l'ipertensione è ben tollerata, il piccolo circolo non ne soffre. Si ha stasi solo se interviene l'insufficienza cardiaca. Vi sono invece dei soggetti nei quali l'ipertensione è apparentemente ben tollerata e nei quali l'esame allo schermo rivela al completo i segni dell'ipertensione polmonare. Sono questi i soggetti che possono fare delle emottisi, delle apoplessie, degli infarti polmonari e, infine, l'edema acuto del polmone. Queste complicazioni sono legate direttamente all'ipertensione arteriosa in senso lato, cioè all'ipertensione della grande e della piccola circolazione e le stesse cause che provocano l'ipertensione del grande circolo, provocano probabilmente anche l'ipertensione polmonare.

Concludendo, la condizione o il substrato anatomico che favorisce la comparsa dell'edema acuto del polmone nelle malattie della mitrale e sopratutto nell'ipertensione arteriosa, è rappresentato dalla sclerosi dei vasi polmonari e dalla sindrome radioscopica dell'ipertensione polmonare.

Questa sindrome radioscopica non ha soltanto un interesse teorico di rivelare le condizioni che favoriscono, in una gran parte dei casi, lo scoppio dell'edema acuto del polmone, ma possiede anche un interesse pratico e prognostico di prim'ordine. Gli ipertesi del grande circolo che presentano allo schermo i segni dell'ipertensione polmonare, sono minacciati dall'edema acuto del polmone e sono predisposti alle apoplessie polmonari, alle trombosi dei vasi polmonari e all'infarto polmonare.

C. Toscano.

Sindromi simulanti cardiopatie.

(K. Shirley Smith. *British Medical Journal*, 1932, 23 gennaio).

Le tre principali sindromi che possono simulare un'affezione organica del cuore sono: la sindrome di sforzo, il dolore mammario si-

nistro cronico o parossistico, il dolore retrosternale di origine muscolare.

I pazienti di sindrome da sforzo accusano generalmente affanno, palpitazioni, vertigini, debolezza, senso di costrizione o dolore al petto. Questi disturbi sono provocati da uno sforzo, spesso da uno sforzo molto leggero, abituale, o anche da eccitazioni. La capacità degli sforzi o delle emozioni a produrre i sintomi stessi è molto variabile nello stesso individuo.

Invece i pazienti di malattie cardio-vascolari si lamentano prevalentemente o esclusivamente di dispnea che si verifica dopo qualche sforzo ed anche di notte in pieno riposo.

La dispnea è di solito proporzionata all'intensità dello sforzo, è quasi sempre accompagnata da cianosi più o meno accentuata e generalmente non è prodotta dalle emozioni lievi.

Un'altra differenza importante è quella segnalata da Mackenzie: Quando un paziente afferma che è preso da dolore al petto dopo sforzi muscolari, ad esempio dopo una passeggiata in salita, vi sono molte probabilità che si tratti di un cardiopaziente organico; se invece egli diventa stanco ed esaurito anche dopo una breve passeggiata, dopo una passeggiata che dà un senso di benessere ai sani, allora si può essere quasi certi che il disturbo non è determinato da un vizio di cuore.

Lo stesso Mackenzie ha fatto, inoltre, la osservazione che i cardiaci quando non sono sotto l'azione della dispnea o del dolore non avvertono alcun malessere, mentre i non cardiaci lamentano sempre una sensazione vaga ed indefinita di malessere.

Tutti gli autori tendono a dare alla sindrome da sforzo un'origine psicogenica. L'importanza etiologica delle infezioni da qualcuno troppo valorizzata è se mai secondaria, nel senso che esse richiamano l'attenzione del paziente sulle proprie funzioni organiche ed inducono all'introspezione. È per questo che le cure di riposo non fanno che peggiorare la situazione: il paziente si osserva di più, diventa sempre più convinto di essere un malato di cuore, e perciò i disturbi si ripetono più frequentemente ed in seguito a cause sempre più insignificanti.

Le recenti statistiche hanno dimostrato che il dolore mammario sinistro è l'espressione di una neurosi funzionale più frequentemente che un sintoma di malattia organica dell'apparato cardio-vascolare, sopra tutto ipertensione e stenosi mitrale.

I pazienti di questo disturbo possono avere anche affanno dopo gli sforzi, ma per lo più accusano incapacità di fare inspirazioni profonde, un senso di soffocazione o di mancanza di respiro, una tendenza ai sospiri. Tutte queste manifestazioni sono indipendenti dagli sforzi, che possono anche alleviarle o eliminarle.

Herz ha descritto una sindrome caratterizzata da palpitazioni e dolore mammario, che ha chiamato frenocardia. Gallavardin ha dimostrato radiograficamente, che in queste forme i disturbi respiratori sono prodotti da una limitazione dell'azione del diaframma da debolezza o spasmo.

La sindrome ha come disturbi collaterali una variabilità della capacità agli sforzi, uno stato di nervosismo, crisi di tremori, insonnia.

Si verifica più frequentemente nelle donne a temperamento eretistico, con ipertiroidismo, con disturbi genitali e durante la menopausa.

Nella forma parossistica il dolore mammario sinistro può raggiungere notevoli intensità ed essere accompagnato da perdita di coscienza.

Il sintoma prevalente è il dolore parossistico fortissimo ad inizio fulminante nella regione sinistra del petto, che si manifesta senza cause apparenti o in seguito ad uno sforzo abituale. Si diffonde per lo più al braccio sinistro, raramente altrove. Può essere seguito da deliquio o sincope. È accompagnato da sintomi caratteristici: irrequietezza, palpitazioni, pulsazione al collo, senso di caldo o di freddo, intorpidimento ed altre parestesie agli arti.

Si è spiegato il meccanismo di questa sindrome ammettendo che agenti tossici di natura ignota, endocrini o metabolici, agiscano sulle vie nervose afferenti del cuore in modo da farle diventare ipereccitabili. Così ogni stimolo abituale, una momentanea accelerazione o palpitazione, arriva rinforzata al bulbo. La ipereccitazione del bulbo si riflette sul cuore, sui muscoli respiratori, sulle vie sensitive, e si ha tachicardia e palpitazione violenta, tachipnea e disturbi dell'azione diaframmatica, iperestesia della regione mammaria e del braccio sinistro. Il sudore, l'arrossamento, le parestesie hanno un meccanismo di produzione analogo.

È ovvio che le stesse vie nervose sono in giuoco nell'angina pectoris. Ma in quest'affezione il meccanismo è un po' diverso: l'ipereccitabilità delle vie nervose è di grado leggero, mentre è forte lo stimolo che scatena la crisi e che risiede nel miocardio, nelle arterie coronarie, nell'aorta.

Oltre a ciò in rapporto alla intensità dello stimolo la scarica è più forte ed investe organi motori, come i muscoli intercostali, donde il caratteristico senso di costrizione che si ha nell'angina pectoris.

La diagnosi differenziale tra sindrome di ipereccitabilità e vera angina pectoris di solito non è difficile. La prima ha una fenomenologia obiettiva e subiettiva sempre più lieve, si verifica per lo più nelle donne di mezza età, non è alleviata dai vasodilatatori. Oltre a ciò il dolore della forma funzionale non è costrittivo e sternale, come è di solito nell'angina pectoris.

Il dolore parossistico sternale che sopravvie-

ne in seguito a sforzi o di notte è generalmente di origine cardiaca, e conseguentemente ha significato grave. È possibile tuttavia che esso sia provocato in tutto o in parte da uno stato di esaurimento muscolare. In questo caso esso si manifesta quando la respirazione toracica prevale su quella addominale nella posizione supina ed è sempre accompagnato da ipertonia e dolenzia alla pressione dei muscoli vicini allo sterno.

L'esattezza della diagnosi di tutte queste forme è assolutamente necessaria per l'indirizzo terapeutico.

La cura nelle forme funzionali è prevalentemente suggestiva.

Il medico deve infondere nel malato la persuasione che si tratta di un disturbo senza cause organiche, transitorio, non pericoloso. Allo stesso scopo si adopereranno i medicamenti: la stricnina nei soggetti astenici, la chinina nelle forme con extrasistoli, il bromuro e la valeriana nei soggetti eretistici. Eventualmente si praticherà la cura dell'obesità, si somministreranno preparati tiroidei.

Le applicazioni calde locali gioveranno a mitigare i dolori.

Il moto, gli esercizi fisici lungi dall'essere proibiti, dovranno essere suggeriti ma sempre con la moderazione necessaria perchè non si provochino forme di esaurimento.

DR.

TECNICA CHIRURGICA.

La scienza della narcosi considerata in clinica.

(B. SCHIASSI. *Arch. Ital. di Chirurgia*, fasc. 2, 1931).

L'A. che, secondo quanto scrisse in altro tempo uno dei nostri più eminenti Maestri di Chirurgia, « *ha tracciato una profonda e minuta analisi del meccanismo biologico delle anestesie* » oggi torna sull'argomento coll'esporre alcuni perfezionamenti e quindi progressi nel campo della narcosi. Reputa che siano da preferire nella preparazione degli operandi, invece degli alcaloidi, sostanze non alcaloidee ad azione elettivamente corticale e ciò in forza di un « principio » che così enuncia: « *qualunque alcaloide in associazione cogli anestetici generali può, anche a dosi non tossiche, nuocere ai centri bulbari* ».

Allo stato attuale della farmacologia l'A. oggi crede di indicare l'uso del Lipson Coronedi quale sostanza da utilizzare, preferendola agli alcaloidi, in ausilio della narcosi.

Con motivazioni dottrinarie e pratiche l'A. poi mette innanzi perchè si debbano prediligere quali narcotici il cloruro di etile e l'etere etilico.

Lo scritto porta il titolo suesposto perchè vi è curata sostanzialmente la dottrina ma nell'intimo nesso colle applicazioni cliniche cioè pratiche. Non si tralascia poi di mettere in rilievo l'importanza di curare la preparazione psichica degli operandi col fine di rendere sempre più inoffensivo il prezioso ausilio della narcosi.

P. BIANCHI.

Non si dovrebbero più verificare difettose anestesie generali.

(PASCALIS. *Medicina Pratica*, 1931, n. 8).

Dopo aver parlato dei rischi dell'anestesia generale, l'A. dice di aver condotto, in associazione ad un altro medico, pazienti ricerche le quali hanno dimostrato che: la « qualità di una anestesia generale dipende dallo stato di vagotonia del soggetto e che è possibile rilevare questo stato con la ricerca del riflesso oculo-cardiaco del Dagnini ». Se la compressione del globo oculare provoca un rallentamento del polso ci troviamo di fronte ad un individuo *ricettivo* il quale facilmente si lascerà addormentare. Se invece con la compressione del globo-oculare si ha un aumento di pulsazioni si tratta di soggeto *resistente* per il quale la narcosi sarà più o meno difficile.

Per trasformare questa *resistenza* individuale in *ricettività* l'A. in 500 casi ha fatto uso immediatamente prima dell'operazione di una iniezione sottocutanea di 1/2 mmg. di salicilato di eserina senza il minimo incidente. Questa iniezione non esclude l'iniezione di morfina ma naturalmente è incompatibile con l'atropina. Per l'uso di questa sostanza occorre sempre però ricercare nell'individuo il riflesso oculo-cardiaco per evitare il rischio di trasformare individui già *ricettivi* in iperricettivi ed esporli quindi alla sincope grave.

L. BUSCA.

Sulle alterazioni determinate dalla novocaina iniettata in prossimità di focolai settici. A proposito dell'anestesia locale negli interventi sulla mastoide.

(S. TRAINA. *Il Valsalva*, dicembre 1931).

L'A. è rimasto colpito dal fatto che dopo interventi sulla mastoide eseguiti con anestesia locale gli è capitato talvolta di osservare i bordi della ferita operatoria infiltrati, i tessuti circostanti tumidi e dolenti e le granulazioni pallide e flaccide con cenci necrotici. Ha sospettato perciò che la novocaina o la tutocaina avessero una azione nociva sui tessuti iniettati.

Per far luce sulla quistione già ventilata anche da altri autori, egli ha preso in considerazione sia i dati clinici sia i risultati di esperienze su animali di laboratorio.

In alcune cavie ha iniettato in punti simmetrici del sottocutaneo addominale sospensioni batteriche in acqua e in soluzione di novocaina; in altre ha iniettato prima i germi e dopo formato l'ascesso, la novocaina; in altre an-

cora ha prima iniettato il farmaco e poi i germi.

Da tali esperienze è risultato che le cavie sottoposte alla iniezione sottocutanea di germi uccisi o di germi vivi, reagiscono localmente nello stesso modo sia che la sospensione batterica sia fatta in acqua sterile, sia che sia fatta in soluzione di novocaina; e fatti non dissimili si notano quando viene iniettata intorno a due focolai settici della stessa cavia, rispettivamente soluzione di novocaina e soluzione fisiologica; oppure quando gli ascessi si sono ottenuti in zone già iniettate con novocaina.

L'A. si è anche proposto di investigare se la novocaina può modificare il processo di immunità locale ottenuto con le iniezioni sottocutanee di vaccino o con applicazione di filtrati: le ricerche da lui istituite lo hanno condotto a concludere che anche la difesa immunitaria locale non risente dell'azione della novocaina.

Alcuni AA. sono di avviso che le necrosi e le suppurazioni post-anestetiche sono in parte dovute alla adrenalina che viene associata spesso alla novocaina.

Il nostro A. negli interventi sulla mastoide ha eseguito iniezioni di cmc. 8-12 di novocaina all'1 % senza aggiunta di adrenalina, in tutti quei soggetti che, oltre alle iniezioni locali, subivano la narcosi eterea e cioè in soggetti in condizioni generali buone.

Tali iniezioni sono state assolutamente innocue.

Non è dunque da addebitarsi al farmaco novocaina o tutocaina e neppure alla adrenalina il cattivo aspetto delle ferite operatorie.

L'A. è convinto che la causa dei fatti in esame debba piuttosto ricercarsi nelle condizioni generali dei pp. che hanno controindicato la narcosi ed hanno obbligato a ricorrere alla anestesia locale.

Si tratta in genere di cirrotici, diabetici, nefritici, soggetti tutti che hanno scarsi poteri di difesa ed i cui tessuti vanno soggetti con facilità a lesioni diffuse che possono giungere fino allo sfacelo. VICENTINI.

La trazione col filo.

(PUTTI. *Chirurgia degli organi di movimento*, settembre 1931).

L'A. riporta un contributo personale al metodo della trazione col filo mettendo in rilievo i vantaggi che questo metodo ha sugli altri metodi comunemente usati nella trazione degli arti fratturati.

Primo fra tutti questi vantaggi è quello di rendere la trazione possibile in quasiasi regione o segmento scheletrico indipendentemente dall'età del malato e da particolari disposizioni anatomiche. Infatti con gli altri metodi di trazione trans o perischeletrica è necessario ancorare la trazione a una parte affiorante dello scheletro, a una tuberosità ossea o a una cresta, ecc., dovendo così rinunziare al principio dello sforzo minimo. Infatti per la legge degli attriti l'effetto della trazione è inversamente proporzionale alla distanza che passa fra il punto in cui essa viene inserita e il focolaio della discontinuità; e quindi più breve è questa distanza minore sarà la quantità di energia traente necessaria ad ottenere lo stesso effetto.

Inoltre il danno che chiodi, rampini ed altri mezzi transcheletrici possono produrre sugli organi dell'accrescimento osseo (cartilagini di coniugazione, bulbi condiloidei, ecc.) limitano la trazione sullo scheletro esclusivamente all'adulto. Non così il filo che per la sua sottigliezza può essere introdotto dovunque anche in vicinanza al focolaio di frattura.

Altro pregio del metodo è la semplicità con cui esso si attua e lo scarsissimo pericolo dell'infezione cui esso espone.

Come strumentario l'A. si serve di un perforatore elettrico che per la sua prontezza e rapidità d'azione rende quasi inavvertita al malato l'introduzione del filo; tanto che in qualche caso si è potuto fare anche a meno della semplice anestesia al cloruro d'etile. Il filo di acciaio, che viene introdotto montato sul perforatore, è quello da strumenti musicali dello spessore di un mm. La presa sul filo è realizzata da una staffa metallica di varia grandezza a seconda del segmento d'arto su cui si deve agire e la cui curva permette di dare al filo la tensione necessaria senza produrre incurvamenti del filo stesso: condizione questa indispensabile per evitare la rottura del filo e danni alle parti molli.

Con tale metodo l'A. ha raggiunto una trazione di 15-18 Kg. per l'arto inferiore, e di 10 Kg. per l'arto superiore, ottenendo in 2-3 giorni allungamenti anche eccedenti la misura voluta per l'esatta riduzione.

Ottenuta tale riduzione si immobilizza l'arto in apparecchio gessato includendo nell'apparecchio il filo di trazione i cui estremi sono lasciati debordare dalle due parti. Si avrà così a disposizione il mezzo di agire ulteriormente sulla frattura qualora il controllo radiografico ne indichi la opportunità. In tal caso si divide circolarmente il gesso in corrispondenza del focolaio di frattura e si fa di nuovo presa sul filo per intensificare la trazione. Quando la trazione non occorre più si toglie facilmente il filo sfilandolo da un'estremità e medicando a piatto le due ferite.

In questo modo l'A. ha curato complessivamente 30 malati e precisamente in 29 di essi si trattava di fratture varie (omero, femore, radio-ulna, tibia-perone) ed in 1 caso si trattò di un allungamento operatorio di un arto congenitamente accorciato in una ragazza di 14 anni, ottenendo con un'osteotomia a Z della diafisi femorale un allungamento di due cent. e mezzo. A. CALCAGNI.

Contributi alla chirurgia del torace.

(ZAAIJER. *Arch. Klin. Chir.*, vol. 167, pagina 541, 1931).

Le condizioni generali dei pazienti che devono essere operati di toracoplastica sono talora così gravi che l'intervento deve essere diviso in più tempi. Però, in tali condizioni, il periostio delle costole già resecate prolifera attivamente e a meno di non ravvicinare molto i tempi dell'intervento si ricostituisce lo scheletro osseo e il collasso è solo parziale. Per ovviare a tale inconveniente si è dimostrata molto utile la formalina, il periostio bagnato di formalina perde la funzione osteogenetica.

Per rendere l'intervento meno grave riserva per l'ultimo tempo la resezione dell'ottava costola, solo allora il collasso polmonare sarà completo, mentre lo choc operatorio è molto ridotto.

In casi di bronchiettasie ha avuto talvolta ottimi risultati con la frenico-exeresi; anche se non si ottengono costantemente successi questo intervento è indicato sempre come preparatorio.

Con il piombaggio si hanno buoni risultati negli ascessi polmonari, scarsi nella cura di bronchiettasie.

In questi casi l'intervento che l'A. impiega più volentieri è la toracoplastica con formalizzazione del periostio.

Ha eseguito più volte la resezione del lobo polmonare inferiore con buon successo; usa il metodo della resezione con lamina elastica. Un unico caso di morte è dovuto al fatto che le aderenze tra lobo superiore e parete toracica avevano ceduto provocando lo spostamento del mediastino e l'insufficienza del cuore destro. Per tale ragione, in casi di resezione polmonare è importante che il lobo sano sia validamente aderente alla parete.

P. VALDONI.

Plastica con parti molli per obliterare speciali forme di cavità, esiti di empiema.

(NISSEN. *Zentralbl. f. Chir.*, n. 34, 1931).

La gran maggioranza delle cavità residue da empiema si possono trattare con la toracoplastica extrapleurica paravertebrale secondo Sauerbruch ed il cavo eventualmente residuo, si può obliterare, in una successiva seduta, con una plastica intrapleurica secondo Schede. Vi sono però dei casi in cui, anche dopo l'applicazione di questi due metodi, persiste un residuo di cavità e sono quelli in cui il cavo è situato nell'angolo mediastinale posteriore. I corpi vertebrali, le apofisi trasverse, talora anche la scapola impediscono il collabire delle pareti ed è degno di nota che spesso in questi casi coesiste una fistola bronchiale. In questi casi N. propone il seguente metodo di plastica: Medialmente alla cavità si scolpisce un lembo che comprende la pelle e parte dei muscoli estensori del dorso e il cui peduncolo superiore corrisponda 2-3 dita trasverse al di sopra del margine superiore della cavità. Per il piombaggio della cavità viene adoperato il tessuto muscolare e il sottocutaneo; occorre quindi che la lunghezza del lembo sia proporzionata alla grandezza della cavità. Per evitare disturbi di nutrizione può essere utile completare la delimitazione del lembo nel senso caudale in 2-3 sedute. Dopo sezione del piano muscolare viene interposto fra questo e la superficie sottostante un pezzo di battista di Billroth per evitare il saldamento. La retrazione della pelle viene evitata per mezzo di alcuni punti di fissazione.

Quando si è sicuri della vitalità del lembo si comprime gradualmente la sua radice inferiore in modo da assicurarne la nutrizione con la sola radice superiore. In una seconda seduta si seziona la radice inferiore, si stacca la cute del lembo fino all'altezza della cavità, il tessuto muscolare e adiposo si arrotola, si pone nel cavo e si fissa con punti profondi ai margini cutanei recentati del cavo stesso. Una ulteriore sezione della radice superiore del lembo non è necessaria. La perdita di sostanza del lembo viene coperta con trapianti alla Thiersch. Due malati — già operati diverse volte (fino a 8 volte) senza successo — sono guariti con questo metodo.

G. PACETTO.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA.

Prof. dott. A. ROMAGNA MANOIA. *I fanciulli epilettici. (Note patogenetiche, cliniche, di assistenza e terapia)*. N. 39 della Collana manuali del « Policlinico ». Luigi Pozzi, editore, Roma. Prezzo L. 22.

L'epilessia o, se vogliamo essere più precisi, le sindromi epilettiche, costituiscono un campo di studio coltivato da tempo immemorabile e per cui l'interesse va sempre aumentando. Ben se ne comprende la ragione quando si pensi alla grande varietà dei disturbi riportabili a dette sindromi ed alla ripercussione dei medesimi non solo su la salute fisica e psichica dei soggetti colpiti e su la loro capacità educativa, ma sopra una quantità di fenomeni sociali, come avviene per quelle manifestazioni delinquenziali o ardimentose o geniali che sembrano trarre origine da una condizione morbosa del genere e che talvolta perturbano le masse, tal'altra le trascinano ai più grandi eroismi. Se antica la delimitazione di una forma clinica caratterizzata dagli speciali sintomi, innumerevoli gli studiosi dell'argomento, questo appare sempre come una sfinge, e quando, con sforzi più o meno grandi, si è riusciti a sollevare un velo, altri ne sono apparsi, in modo da moltiplicarsi incessantemente, anzichè ridursi, i problemi in attesa di soluzione. Questa, allo stato odierno, assilla medici, sociologi, pedagogisti, economisti poichè in essa sta uno dei cardini per una razionale opera di profilassi, oltre che individuale, sociale. Se numerose sono le incognite, non è detto che si sia completamente indifesi contro il male dai polimorfi aspetti, dalle molteplici origini, dalla grande diffusione. Molto è dato di fare, in base alle attuali conoscenze positive, al medico come all'educatore e a chi, in genere, esplica opera assistenziale.

Opportuno giunge a tal proposito il libro del Prof. Romagna Manoia. La vasta cultura dimostrata dal chiaro neuropatologo in precedenti lavori, la profonda conoscenza su lo speciale argomento acquistata nella direzione dell'Istituto « Gaetano Giardino » ove si ha gran numero di fanciulli colpiti dai disturbi in parola, raccolti in apposito reparto, sottoposti alle più minute osservazioni, indagini ed alle più svariate cure, danno all'A. una padronanza della materia che si traduce in questo libro con ricchezza di dati, chiarezza massima di esposizione. Tutti gli svariati e numerosi sintomi, tutti i problemi etiologici, patogenetici, terapeutici, clinici in genere, assistenziali, ecc., sono prospettati a fondo con scrupolosa obbiettività, con minuto, preciso riferimento delle indagini fatte non solo dagli autori più noti, ma anche da altri ai più sconosciuti o quasi. La materia è ben suddivisa nei vari capitoli e resa in modo da venir compresa e utilizzata, oltre che da medici, da persone che abbiano una discreta cultura generale.

Al valore del libro contribuisce la nitida edizione curata come al solito da Luigi Pozzi, che si è reso veramente benemerito della divulgazione degli studi medici con la sua collana di manuali del « Policlinico ». Al testo sono intercalate 47 figure riproducenti per lo più soggetti ricoverati nell'Istituto « Gaetano Giardino » di Roma, radiogrammi praticati sui medesimi, istantanee di loro manifestazioni morbose o di loro occupazioni educative, padiglione in cui sono ricoverati, ecc.

Niun dubbio che il libro avrà la grande diffusione che merita.

GIUSEPPE MONTESANO.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

A. PIRERA. *Nuovo trattato di medicina interna*. 4 volumi di complessive 3000 pag. con illustraz. e tavole. Napoli, 1932. Editr. V. Idelson.

Senza clamori pubblicitari hanno visto in questi giorni la luce i primi due volumi di questo « nuovo trattato ». Ma se nuovo viene chiamato il Testo per differenziarlo dalle plurime recenti Opere di medicina, nuovo non è certo l'A. agli studiosi. Molti e studenti e medici ricordano la precedente opera del Pirera, della quale, in queste stesse colonne, dopo averne considerato il contenuto, ci fu facile profetarne il felice esito.

L'attuale lavoro si differenzia completamente dal precedente: capitoli ivi appena accennati, trovano qui uno sviluppo vasto, adeguato alla loro importanza; capitoli che nel movimento medico erano allora appena abbozzati, completatisi successivamente, trovano qui il loro aggiornamento. Anche qui originalità di trattazione, originalità intesa a dare l'impronta « nazionale » al libro e ciò non a discapito ma a felice complemento della produzione straniera. I contributi di tutte le Scuole italiane (ed a me sembra che in questo ostracismo a quel campanilismo ancora spesso di buona memoria per noi, sia uno dei maggiori pregi del libro) sono ricordati, rilevati, svolti, e fatti oggetto di obiettiva critica: oltre 500 sono gli AA. italiani citati nei primi due volumi per un totale di parecchie migliaia di pubblicazioni.

Ed ai fatti che l'antica Clinica porge, premette l'A. le dottrine che comitatamente esige la Clinica moderna, la Clinica biologica: opportunamente sono valorizzati gli studi sull'equilibrio elettrolitico, sul ricambio dei vari minerali, dell'acqua, sull'elettrocardiografia,

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

sulla radiologia, ecc., e tutto è amalgamato, e reso assimilabile al lettore con procedimento didattico che mostra l'unicità della trattazione emanante da persona adusata all'insegnamento. Libro perciò essenzialmente didattico per i nostri allievi, ma altresì libro di consultazione per noi anziani, di consultazione in special modo di quella produzione italiana che sovente sogliamo ignorare.

Le parole sono nel libro, dicevo, suffragate dai fatti, i fatti sono sostenuti da un grande numero di illustrazioni e di tavole fuori testo in genere originali. L'edizione, particolarmente curata, nulla ha da invidiare ai più moderni, nostrani o stranieri, libri di cose mediche. Il successo pertanto, che ha arriso al precedente « Compendio » di Pirera, coronerà anche l'attuale nuovo poderoso sforzo al quale non poco dovremo per la migliore conoscenza del pensiero scientifico nazionale.

R. MONTELEONE.

E. SERGENT. *Les bases fondamentales de l'auscultation.* Coll. « Pratique médic. ». G. Doin, Paris. 16 Frs.

Sono, in questo volumetto, riuniti i successivi lavori comparsi negli « Archiv. méd. chirur. de l'appar. respir. ». Sono deduzioni tratte da osservazioni sperimentali e cliniche sulla fisiopatologia dei soffi polmonari: viene esaminato il luogo di origine di detti soffi patologici, l'area di proiezione, le condizioni fisiche che governano trasmissione e modificazioni. Particolare oggetto di discussione è costituito dalla denominazione in uso: tubarico, pleurico, cavernoso, anforico.

Le idee in proposito sono riordinate e riportate al concetto classicamente clinico della assenza in semeiologia di segni patognomonici.

MONTELEONE.

P. VÉRAN. *La cessation du penumothorax artificiel.* Vol. di pagg. 160. G. Doin, édit. Paris, Frs. 22.

Raccolta di storie cliniche riguardanti tubercolosi portatori di pneumo artificiale (226 unilaterali), accuratamente vagliati nelle indicazioni, nelle complicazioni, ma in particolare analizzati dal punto di vista delle condizioni determinanti l'arresto delle insufflazioni, dei risultati lontani ottenuti, degli accidenti, delle percentuali di guarigione e di miglioramento, con relative modalità anatomiche funzionali. Viene anche sfiorata la questione del pneumo bilaterale e dei suoi effetti. Dagli argomenti anatomici e clinici l'A. cerca di dedurre criteri di durata di una cura pneumotoracica, criteri che tuttora ci difettano e che non pertanto a noi occorrono per stabilire la prognosi del malato. Il volume è aperto da una brillante prefazione del Rist ed è corredato da una buona bibliografia. MONTELEONE.

V. MANCI. *Nutrizione ed assicurazioni.* In-8° di pag. 69. Tip. Romagnoli, Castelpiano, 1931. Prezzo L. 7,50.

L'A. ha riunito, in questo lavoro, le nozioni fondamentali sul ricambio e sulla nutrizione e le fa seguire dalla descrizione delle forme di assicurazione sociale, quali esistono attualmente in Italia, osservando che queste hanno, direttamente od indirettamente, lo scopo di assicurare i mezzi di sussistenza, in altre parole di nutrizione.

L'A. tratta le singole forme assicurative, che consistono nelle previdenze sociali (per l'eugenetica, per il lavoro e per le malattie) ed in quelle private. Il pieno svolgimento di tali assicurazioni esigerebbe un tale numero di medici che scomparirebbe la pletora che si ha attualmente. *fil.*

G. V. CORETTI. *Per la difesa della razza. Igiene e profilassi della bocca e dei denti.* Un vol. in-8° di 137 pag. con una tav. Roma 1931. (Presso l'Autore via Sistina 143). Prezzo L. 10.

L'igiene della bocca e dei denti non è ancora abbastanza curata, specialmente fra le classi più umili, con grave danno, non solo dell'estetica, ma anche della salute. Ogni libro di propaganda che, al pari di questo del dott. Coretti, diffonde in modo piano ed efficace le questioni inerenti all'igiene della bocca e dei denti, compie quindi un'opera assai utile.

L'A. tratta in diversi capitoli: i concetti generali sull'igiene della bocca e dei denti; denti e dentizione; l'importanza dei denti e della saliva nella nutrizione; gli agenti abituali delle malattie, accennando alla vita ed ai varî tipi di micròbii, di cui riproduce le forme nella tavola annessa. Si occupa largamente delle malattie della bocca e delle svariate affezioni boccali (tubercolosi, sifilide, cancro). A parte, considera le malattie dei denti, le complicazioni della carie, la poliartrite o piorrea, le ripercussioni delle affezioni bucco-dentarie sullo stato generale di salute. Da ultimo, in un capitolo molto pratico, descrive la pulizia razionale della bocca e dei denti. *fil.*

L'*Année Médicale Pratique* — volume pubblicato annualmente sotto la direzione del dott. C. Lian, professore « agrégé » alla Facoltà medica di Parigi, medico nell'Ospedale Tenon — conterrà in quest'anno 300 articoli brevi, classificati per ordine alfabetico, i quali prospetteranno le conquiste nuove e pratiche compiute nei varii rami della medicina: internistica, chirurgia, ostetricia, specialità, interessi professionali. A chi sottoscrive prima del 15 aprile si concede il 15 % di sconto (inviare fr. franc. 24 per l'Unione Postale, 26 per gli altri Paesi, a: R. Lépine, rue d'Amsterdam 39, Paris; C.C. Postale 712.04, Parigi).

G. P. ARCIERI. *Italian-English medical Dictionary*. Un vol. in-8° di 195 pag. Tip. Consorzio nazionale, Roma, 1931. Senza indicazione di prezzo.

L'A., nella compilazione di questo dizionario ha tenuto presente la utilità di una « osmosi » medico-scientifica fra l'Italia ed i paesi di lingua inglese ed offre agli studiosi il frutto della sua non lieve fatica.

Ogni parola italiana che può avere un significato nel campo medico è accuratamente e precisamente tradotta in inglese, con l'indicazione della pronuncia e dell'accentuazione inglese, con l'accentuazione italiana e con la spiegazione del significato quando ciò è ritenuto necessario.

Si comprende che in opere di simil fatta possa essere sfuggita qualche inesattezza, che però nulla toglie alla bontà di questo dizionario che sarà assai utile specialmente per i molti medici italiani che esercitano in paesi di lingua inglese e per i medici di lingua inglese che leggono opere e riviste italiane.... ed auguriamoci che siano molti! *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Società Medico-Chirurgica di Padova.

Seduta del 26 febbraio 1932.

Presidente: Prof. G. CAGNETTO.

Ricerche sull'onda T dell'elettrocardiogramma.

Prof. E. PESERICO. — Nel corso di precedenti ricerche eseguite sull'animale l'A. ha potuto dimostrare l'esistenza di un interessante rapporto fra altezza dell'onda T e gettata ventricolare, nel senso che ad ogni aumento della gettata corrisponde una diminuzione dell'onda T e viceversa, ad ogni diminuzione della gettata un aumento di T. Data la grande importanza diagnostica e prognostica delle variazioni di quest'onda, si è creduto opportuno di ripetere anche sull'uomo le esperienze.

L'aumento della gettata è stato ottenuto in due modi diversi, sia facendo compiere all'individuo in esame un esercizio muscolare, sia praticando una fleboclisi con soluzione fisiologica tepida. In ambo i casi l'onda T subisce una netta e cospicua riduzione d'altezza.

Le variazioni osservate sono da mettere in relazione, molto probabilmente, con l'influsso che le condizioni meccaniche del lavoro cardiaco esercitano sul bilancio energetico del miocardio.

Dott.ssa R. DENES e Dott. G. DENES. — *La dissociazione biologica e l'agglutinazione aspecifica del B. Coli.*

Dott. G. MURATORI. — *Ricerche istologiche e sperimentali sull'innervazione del tessuto paragangliare annesso al sistema del vago (paraganglio carotico: giacimenti paravagali e intravagali).*

Contributo sulla patogenesi dello choc anafilattico.

Prof. G. DOLFINI. — L'O. ha controllato le recenti ricerche di Jelin intese a chiarire la patogenesi dello choc anafilattico. Egli conferma che l'iniezione intracardiaca di piccole dosi di glicogeno, in cavie normali, non sottoposte ad alcun trattamento, provoca uno choc spesso mortale. Anche nel coniglio è possibile ottenere, mediante iniezione endovenosa, lo choc glicogenemico. L'iniezione di amido non provoca segni di choc; solo in dosi elevate dà luogo ad embolia grave.

Si discute il significato dello choc glicogenemico per l'interpretazione patogenetica dello choc anafilattico.

Azione dell'ormone ovarico sul moncone d'amputazione uterino.

Dott. E. DE MARCHI. — L'O. ha studiato sperimentalmente il comportamento del moncone di amputazione dell'utero negli animali castrati e negli animali con annessi in sito.

Egli ha notato che nei primi il moncone, come l'utero in toto, subisce una graduale involuzione, mentre nei secondi presenta ipertrofia del miometrio e della mucosa ed una evidente iperplesia dell'elemento ghiandolare.

Discussione: MAURIZIO, TRUFFI, DE MARCHI.

Dott. A. CESTARI. — *Contributo alla patogenesi della cosiddetta mixoglobulosi.*

Prof. R. PALMA. — *Presentazione di una portatrice di bacilli del tetano guarita di una infezione recidivante e con reperto positivo di bacilli in ascessi concomitanti.*

Il Segretario: A. CESTARI.

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 19 febbraio 1932.

Presidente: Prof. A. FERRATA.

Esperienze sulle reazioni delle polveri da sparo.

D. VIOLA. — L'O. esperimentò su 38 tipi diversi di polveri da sparo le reazioni chimiche atte alla differenziazione di esse, e le esaminò alla luce di Wood; conclude che la prova specifica della combustione di polveri a fumi è fornita solo dalla reazione di v. Gries: nessun utile elemento può ricavarsi dall'esame delle polveri e loro residui alla luce di Wood, perchè solo alcune poche polveri incombuste sono fornite di luminescenza mentre i residui della combustione hanno sempre una stessa colorazione giallastra indifferenziabile.

Ferite multiple per arma da fuoco.

Dott. G. B. MAFFEI. — L'O. riferisce di una giovane donna sul corpo della quale furono riscontrate ben qundici ferite d'arma da fuoco. Dopo minuta descrizione del carattere e della posizione di ogni singola ferita, discute i quesiti posti dall'Autorità giudiziaria. Poichè erano lievi e dubbi i caratteri rilevati sulle ferite, risolve il problema coll'esame chimico dei fori trovati sugli indumenti e precisamente su un golf di lana dalla donna indossato, dall'esame del quale risultò che il numero dei colpi era di dieci, cinque dei quali attraversarono il corpo da parte a parte.

L'arma feritrice era una pistola a rotazione a 12 colpi.

Il decorso di una emopatia sistematica durante sette anni dopo la splenectomia.

Dott. L. VILLA. — L'O. espone il decorso di un caso di mielosi iperplastica splenomegalica che, manteneutosi aleucemico per sei anni, venne set-

te anni or sono sottoposto in base a un differente orientamento diagnostico e splenectomia. A questa sono seguite modificazioni ematologiche che hanno consentito una diagnosi esatta. Per sei anni dopo l'atto operativo è prevalsa la caratteristica leucemica, ma da meno di un anno, mentre tale caratteristica si mantiene assai moderata, si viene sovrapponendo ad essa una netta poliglobulia. L'O. raccoglie i risultati di una osservazione, parte indiretta e parte diretta (i sette anni dopo la splenectomia) durata sinora complessivamente oltre tredici anni dall'inizio della malattia; ne trae le relative deduzioni senza per altro generalizzarne la portata.

Un nuovo collirio anestetico: la percaina.

Dott. A. CASTELLI. — L'O., dopo aver rilevato i difetti dei colliri anestetici attualmente di uso più comune e dopo aver fatto notare che nella letteratura riguardante l'oculistica la percaina è pochissimo nota, e sconosciuta in Italia, riferisce i risultati delle sue metodiche prove sperimentali e della pratica clinica. Conclude quindi che la percaina come collirio dà buon risultato anestetico di lunga durata nella concentrazione al 0,5 %, provoca iperemia congiuntivale, non midriasi, non paralisi dell'accomodazione; non intorbida la cornea, non modifica in modo sensibile la tensione endobulbare. Praticamente il collirio di percaina non si è dimostrato utile per la chirurgia sul bulbo mentre ha reso all'oratore importanti servigi negli usi clinici (tonometria, medicazioni dolorose, estrazione di corpi estranei, sutura di ferite congiuntivali).

A proposito dell'ulcera duodenale cosidetta ad anello.

Dott. L. FERRETTI. — L'O. ricordati brevemente i classici segni della nicchia da ulcera, descrive alcuni casi nei quali clinicamente od al tavolo operatorio venne riscontrata una lesione ulcerativa duodenale ed all'esame radiologico venne osservata una particolare formazione di nicchia anulare.

Espone quindi le ipotesi che possono dare una attendibile spiegazione del quadro morfologico rilevato. *Il Segretario*: P. INTROZZI.

R. Accademia dei Fisiocritici di Siena.

Seduta del 28 gennaio 1932.

Contributo alla cura dei tumori cerebrali.

Prof. G. AYALA. — Premette un breve sguardo generale sullo stato attuale dei tumori cerebrali, rilevando i successi già ottenuti dalla neurochirurgia e dalla radioterapia. Si sofferma sopra un procedimento terapeutico dall'O. seguito con vantaggio dei malati in molti casi giunti sotto la sua osservazione in stato generale molto grave, con minaccia della cecità; nel quale un qualunque intervento radicale operativo sarebbe stato temerario anche per ragioni contingenti. In simili casi bisogna preoccuparsi di combattere nel modo più rapido possibile i sintomi di ipertensione intracranica, che minacciano la vita del paziente.

A tale scopo l'O. procede alla puntura dei ventricoli cerebrali, con punto d'elezione vario a seconda dei casi, alla estrazione di liquido ventricolare in una quantità maggiore o minore, in rapporto alla esistenza o meno di un idrocefalo ostruttivo, alla insufflazione intraventricolare di aria sterile, in scarsa quantità quando non si vuole eseguire la ventriculografia ed in quantità sufficiente, quando si crede necessaria l'esplorazione ventriculografica. Alla puntura ventricolare fa seguire la craniotomia decompressiva subtemporale e suboccipitale ed infine sottopone il paziente ad irradiazioni profonde in 3 periodi: una immediata, dopo la craniotomia, una dopo circa 40-50 giorni ed una dopo un anno (2 dose eritema per ogni ciclo di irradiazioni, divise in 8-16 sedute).

A dimostrazione dell'utilità del metodo, che può chiamarsi d'urgenza e che non esclude, anzi può preparare l'intervento radicale quando le condizioni del paziente lo permettono, l'O. ricorda alcuni casi e ne presenta uno di tumore della fossa cranica posteriore, giunto nella sua Clinica in uno stato grave, con disturbi mentali, con tutta la sindrome d'ipertensione intracranica e con sintomi chiari della serie cerebellare. Il paziente, che ha sopportato benissimo la puntura ventricolare, la craniotomia e la prima serie d'irradiazioni profonde, già presenta un miglioramento tale, che solo con esami delicati si riesce a mettere in evidenza una sindrome cerebellare in miniatura, mentre i sintomi d'ipertensione intracranica sono ridotti ad un edema papillare, anch'esso molto minore che negli esami precedenti alla cura.

L'andamento successivo dirà se sarà il caso d'intervenire localmente per l'asportazione chirurgica del tumore.

Prof. G. PETRAGNANI. — *Chiare prove dell'inesistenza del cosidetto « ultravirus tubercolare ».*

Sul pseudomixoma del peritoneo.

Prof. G. A. CHIURCO e dott. VALENSIN MARIO. — Trattano l'importante argomento delle forme rare appendicolari (idropiche, cistiche, mucocele, mixo-globulosi) e specialmente del pseudo-mixoma del peritoneo (soffermando la propria attenzione su di un caso studiato ampiamente sia dal lato clinico-radiologico, che da quello anatomo-patologico), la cui evoluzione clinica aveva dato il quadro di un neoplasma cieco-colico.

La diagnosi fu stabilita al tavolo operatorio e l'esito fu letale per le condizioni gravissime di astenia e di cachessia del paziente.

Nella cavità addominale fu trovata una grande quantità di liquido muco-gelatinoso, circa 4 litri, e l'appendice obliterata alla base, ridotta ad una cavità contenente circa mille sferettine.

Come contributo personale vengono portati ancora altri sette casi di idro. e di appendice cistica mixomatosa, nei quali eran da rilevarsi nella storia dei pazienti coliche più o meno fugaci del quadrante di destra, e richiamanti l'attenzione sulla necessità di pensare alla possibilità del pseudomixoma di origine appendicolare, malattia di natura benigna, diagnosi che potrà essere corroborata dal reperto radiologico dell'immagine incostante dell' invaginazione cieco-appendicolare, dalla massa mediale e dal decorso clinico.

Dott. G. CINOTTI. — *Contributo alla farmacologia della muscolatura liscia.*

Dott. G. BETTINARDI. — *L'anatubercolina Petragnani usata a scopo diagnostico.*

Dott. ALLODI. — *Di alcune notevoli alterazioni delle surrenali di origine tossica.*

Dott. B. BARNI. — *Nuovo tipo di antropometro verticale.*

Dott. A. NERI. — *Sulle cause determinanti la morte dei girini immersi nell'acqua del Vivo.*

Dott. F. PROVVEDI. — *Nuovo metodo di dosaggio volumetrico degli ipofosfiti.*

Dott. F. PROVVEDI. — *Sul prodotto di ossidazione dell'acetato cromoso.*

Dott. F. PROVVEDI. — *Determinazione iodometrica dei fluoruri.*

Sulla terapia calcica nei dementi precoci.

Dott. V. MASIGNANI. — Sulla scorta di quanto recentemente è stato fatto in Germania ed in Romania ha praticato la terapia calcica ad un gruppo di 20 dementi precoci. Pur non avendo ottenuto brillanti risultati, si ripromette di proseguire e allargare le sue esperienze, completandole con ricerche di ordine biochimico e fisiologico.

Il Segretario.

Società Medico-Chirurgica Bellunese.

Seduta del 6 gennaio 1932.

Presidenza: Prof. G. PIERI, presidente.

Contributi alla chirurgia delle ghiandole endocrine.

Prof. G. PIERI. — L'O. riferisce sulla sua esperienza nel campo della chirurgia delle ghiandole a secrezione interna, all'infuori della tiroide.

In un caso di osteite fibrosa trattato con trapianto di paratiroidi umane ottenne la caduta della ipercalcemia e un miglioramento durato circa un anno; in seguito comparvero nuovi focolai su altre ossa.

Un caso di spondiloartrite anchilosante progressiva con compartecipazione delle grandi articolazioni degli arti (giovane di 21 anni, malata da 12 anni) fu trattato con la resezione della metà destra della tiroide, per asportare la paratiroide di un lato; seguì miglioramento dell'artrite vertebrale; le anchilosi degli arti (in cui si era verificata quasi sempre la sinostosi) persistettero immutate.

In 2 giovanetti (uno di 13 e l'altro di 19 anni) con asma timico da ipertrofia tardiva, la timectomia determinò guarigione che persiste rispettivamente da 7 e da 6 anni.

A un omotrapianto testicolare praticato con la tecnica di Voronoff in un uomo con ipertrofia prostatica in cui non si riusciva ad ottenere una buona Ambard, seguì scomparsa della ritenzione vescicale (non è possibile stabilire se ed in quanto abbia contribuito alla guarigione la resezione dei deferenti, praticata sistematicamente insieme alla cistotomia).

In un caso di ipertensione arteriosa (uomo di 63 anni con pressione a 230) la surrenalectomia unilaterale determinò un notevole miglioramento soggettivo; però la pressione a distanza di un anno e mezzo non è diminuita ma aumentata (275).

Due surrenalectomie furono praticate per endoarterite obliterante; in un caso si ottenne buon effetto (scomparsa della minaccia di gangrena nel piede residuale) che si mantiene da quasi tre anni; nell'altro non si riuscì ad evitare la comparsa a distanza di 8 mesi dalla gangrena del piede residuale (si trattava di una donna di 76 anni!).

Prof. A. PONZIAN. — *Rottura uterina spontanea.*

Semplice metodo di colorazione dei bacilli difterici.

Dott. C. FRIGIMELICA. — L'O. presenta un suo metodo di colorazione elettiva per i bacilli difterici, che mette bene in evidenza i granuli polari.

Esso consiste nel fare agire l'acido picrico in soluzione acquosa sui bacilli previamente colorati con semplice bleu di metilene. I granuli polari appaiono di color rosso cupo mentre il corpo del bacillo rimane pallidamente colorato in azzurro. Con questo metodo restano pure ben colorati tutti gli altri germi e le altre formazioni esistenti; esso ha perciò il vantaggio di permettere l'osservazione di tutta la flora batterica senza menomamente stancare l'osservatore come il metodo di Neisser; inoltre ha il pregio che tanto la comune soluzione di bleu di metilene quanto l'acido picrico si conservano molto a lungo.

Il Segretario: G. LOCATELLI.

Società Medico-Chirurgica Bresciana.

Seduta del 5 gennaio 1932.

Presidente: Prof. U. BARATOZZI.

DOTT. A. MAGRASSI. — *Considerazioni sopra un caso di stenosi congenita pilorica e sopra alcuni casi di fistola intestinale stercoracea.*

Prof. M. FIAMBERTI. — *Sopra un caso di tumore endocranico.*

Prof. U. BARATOZZI. — Presenta una malata affetta da *miastenia pseudoparalitica.*

Seduta del 26 gennaio 1932.

Presidente: Prof. U. BARATOZZI.

Gangrena acuta dei genitali. Esiti lontani.

Prof. A. PELLEGRINI. — Illustra un caso di noma della vulva osservato in una bambina di 2 anni nel corso di un ileotifo ed un caso di gangrena acuta (gangrena fulminante di Fournier) dei genitali maschili in un soggetto di 65 anni.

Nella prima osservazione si verificò la caduta delle grandi e delle piccole labbra e del clitoride, e residuò una cicatrice resistente con stenosi di alto grado dell'ostio vaginale. Fu operata di plastica all'età di 25 anni, ma con risultato non soddisfacente.

Nel secondo caso cadde in necrosi tutta la pelle della verga e dello scroto, si ebbe cioè un vero scuoiamento dei genitali; poco tempo dopo la eliminazione dei tessuti necrotici l'O. praticò innesti epidermici alla Thiers ed il risultato prossimo e remoto fu buono.

Perciò consiglia di praticare innesti epidermici, dopo caduti i tessuti necrotici, per favorire e sollecitare l'epitelizzazione della estesa perdita di sostanza, onde evitare cicatrici e retrazioni, che possono essere causa di gravi disturbi funzionali.

La sutura della loggia tonsillare.

Prof. L. PIETRANTONI. — Ricorda come uno dei più gravi pericoli della tonsillectomia sia l'emorragia. Riporta statistiche recenti di chirurghi specialisti in cui la percentuale dei casi con emorragia grave è notevolmente elevata. Il mezzo più ef-

ficace per arrestare l'emorragia è la sutura della loggia tonsillare. Contro tale intervento sono state levate diverse obiezioni fra le quali le più importanti sono: 1) esso è molto doloroso; 2) è traumatizzante; 3) è deformante in quanto lascia cicatrici vaste che favoriscono il ristagno e quindi le infezioni; 4) possono residuare disturbi funzionali della deglutizione e dell'udito per stiramento dei muscoli faringo-tubarici.

L'O. ritiene che tutti i succitati inconvenienti si evitino facilmente adottando gli speciali accorgimenti di tecnica che egli suole usare nella sua pratica professionale.

L'intervento non è infatti doloroso se si eseguisce quando l'anestesia è ancora in atto a breve distanza dall'atto operatorio; non è traumatizzante se si evita di praticare la sutura completa della loggia, che è inutile; basta un semplice punto di sutura al terzo inferiore della loggia tonsillare nel luogo cioè dove esistono i principali vasi sanguigni. La cicatrice che ne consegue non è affatto deformante e scompare del tutto dopo qualche mese. Altra norma utile è quella di togliere il punto presto, dopo 24 ore, non dopo 5-6 giorni come alcuni fanno, poichè i muscoli affrontati colla sutura per la ben nota azione emostatica del muscolo stesso, provocano prontamente l'emostasi così che è inutile aspettare l'adesione cicatriziale dei pilastri. Nessun pericolo quindi di ristagno. Infine lo stiramento dei muscoli faringotubarici dipende da errori di tecnica dovuti all'orgasmo del momento e a erronea applicazione del punto posteriore di sutura.

Il Segretario: Prof. M. FIAMBERTI.

Società Piemontese di Chirurgia.

Seduta del 9 gennaio 1932.

Presidente: Prof. M. DONATI.

Dott. G. BERTINI — *Costa cervicale fluttuante con compressione della vena succlavia.*

Dott. G. BETTAZZI. — *Intervento per costa cervicale.*

Dott. G. BETTAZZI. — *Sull'inversione totale dell'utero.*

Seduta del 23 gennaio 1932.

Prof. E. POLACCO. — Riferisce in modo particolare su sei casi di *ulcera, perforata.*

Dott. C. INGARAMO. — *Sulla cura dei flemmoni della guaina del carpo.*

Dott. G. CUCCO. — *Cisti da echinococco calcificata del fegato.*

Ileo da cisti del mesentere.

Prof. E. POLACCO. — La cisti multiloculare stirava l'ansa verso il piccolo bacino e l'aveva torta di 180°. La tumefazione venne asportata, resecando l'ansa del tenue lunga 25 cm., eseguendo l'anastomosi termino-terminale. Nel liquido della cisti, incoloro, fluido, alcalino erano abbondanti cristalli di colesterina.

Su due casi di cisti non parassitarie del fegato.

Dott. ZANARDI. — Nel primo caso la diagnosi di natura e di sede si presentava piuttosto difficile, ma si potè escludere si trattasse di una lesione renale; nel secondo caso si presentava ardua la diagnosi di sede e l'esame radiologico indirizzava al concetto diagnostico verso un'affezione cistica, probabilmente retroperitoneale.

Nel 1° caso fu possibile l'asportazione della cisti, nel 2° fu fatta la marsupializzazione della sacca.

Seduta del 6 febbraio 1932.

Presidente: Prof. M. DONATI.

I riflessi reno-renali.

Dott. M. SACCHI. — In una donna che accusava da una quindicina di anni dolori alla regione renale d., ematuria intermittente, periodi febbrili, pus nelle orine, all'esame funzionale dei reni si trovò che quello di d. era sano, mentre quello di sin. era infetto e con funzione pressochè nulla. All'esame radiografico di tutto l'albero urinario si trovò un grosso calcolo nel bacinetto sin. ed altri nei calici e nelle papille, di cui riproducevano esattamente la forma.

Radiogrammi eseguiti altrove, della sola regione renale destra erano stati naturalmente negativi.

Discussione: prof. DONATI.

Prof. B. ANGLESIO. — *Lussazioni, fratture della spalla e del gomito.*

Discussione: CAMERA, ANGLESIO B., GARBAGNI, DEBERNARDI L., DONATI.

Pseudo-calcolo renale da cisti di echinococco calcificata.

Prof. P. CROVERI e dott. F. PLACEO. — Dolore spontaneo ed alla pressione della loggia renale d.; all'esame radiologico: massa oscura, grossa come una noce, situata nella loggia renale d.; all'esame pielografico, dopo iniezione di ioduro di litio si nota che la massa opaca è nel parenchima renale e non occlude il bacinetto; eosinofili 1,5 %. Nefrotomia. La massa che risulta calcarea ha una capsula propria, è friabile; la capsula è nettamente lamellare e si trova la presenza di un uncino di tenia.

Rilievi sulla tecnica della anestesia peridurale.

Prof. BERTOCCHI. — All'ammalato si fanno due iniezioni di morfina di un ctg. l'una, una due ore prima e l'altra un'ora prima dell'atto operativo; per la anestesia si usa il comune ago da rachianestesia.

L'O. ha scelto come solvente della novocaina la sol. fisiologica, satura di cloroformio (5 per mille di cloroformio) perchè è più diffusibile nei grassi che la solita soluzione.

Le fiale sono preparate con 50 cc. di soluzione di novocaina all'uno per cento ed un cc. di adrenalina.

Ebbe anestesie pronte e sicure.

L'O. si diffonde a descrivere la tecnica di penetrazione nello spazio peridurale, di iniezione del liquido anestetico ed il modo di stabilirsi dell'anestesia.

Discussione: CUCCO, DEBERNARDI.

Prof. PECCO. — *Ernia totale del tenue attraverso il mesocolon trasverso e l'epiploon gastrocolico, in antico gastroentero anastomizzato.*

Prof. L. CAPORALE. — *Torsione isolata cronica del colon trasverso con rotazione dello stomaco.*

VILLATA.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

IGIENE.

Le disinfezioni degli ambienti nelle malattie infettive.

Prof. G. PECORI, direttore dell'Ufficio d'Igiene e Sanità, Roma.

Alcuni anni or sono (1926) destò un certo rumore e sollevò discussioni nel mondo dei medici e degli igienisti un rapporto presentato al Comitato dell'Ufficio internazionale d'igiene a Parigi dal Prof. Carlo Chagas, Direttore Generale della Sanità Pubblica del Brasile, sulla « pratica attuale delle disinfezioni finali » dei locali abitati e degli oggetti usati da infermi di malattie infettive. L'A., prendendo motivo dalla scarsa resistenza dei germi patogeni nel mondo esterno, giunse alla conclusione che, avvenendo la trasmissione dei contagi pressochè esclusivamente per mezzo dei malati, dei portatori di germi e degli animali trasmettitori, « la profilassi delle malattie trasmissibili doveva essere orientata, sopratutto, dal concetto fondamentale che le sorgenti di contagio sono costituite dagli esseri viventi e non dai luoghi e dagli oggetti inanimati » e pertanto le disinfezioni di questi luoghi e di questi oggetti erano da considerarsi come « una misura profilattica anacronistica e senza indicazione pratica ».

Gli igienisti intervenuti in prosieguo di tempo nella questione sollevata dallo Chagas non convennero tutti nelle sue conclusioni; ma molti dovettero riconoscere che, se alcune affermazioni erano forse troppo assolute, altre rispondevano a verità.

Ma lo Chagas non era il primo a richiamare l'attenzione del mondo medico e delle Autorità sanitarie sulla questione.

Già molti anni indietro Fiessinger aveva ironicamente detto: contro il pericolo esistente nella gola e nelle fosse nasali dei malati noi disinfettiamo i mobili; già nel 1907 Lemoine aveva, con esperienza ineccepibile, dimostrato l'inutilità delle disinfezioni dei locali occupati da morbillosi per impedire la diffusione della malattia tra coloro che subito dopo avessero occupati i medesimi locali: Bellei, da noi, sosteneva le medesime idee a riguardo della meningite cerebro-spinale epidemica; io stesso, molti anni or sono, modestamente mi permettevo di ricordare che in materia di profilassi non si poteva pretendere troppo dalle disinfezioni e che ad ogni modo la loro utilità doveva considerarsi sempre subordinata alla natura alla sede e alla resistenza di ciascun contagio.

Ma molti altri ancora, e con voce autorevole, sono andati più in là: E. Roux, M. Neisser, A. Balfour, Ch. Chapin, Grassberger, Rosenau, per non citare che alcuni, riconfermando che i contagi non avvengono per gli oggetti inanimati e che nell'ambiente i germi patogeni — eccettuati quelli sporulati — muoiono in breve tempo per effetto della ossidazione, della luce solare, del disseccamento, vengono a concludere che la moda delle disinfezioni terminali ha fatto il suo tempo.

Queste conclusioni hanno trovato ormai sostenitori anche a riguardo di un germe ritenuto tra i più resistenti nell'ambiente esterno: il bacillo della tubercolosi. La disinfezione di una casa già abitata da un tubercolotico era in passato severamente reclamata perchè ritenuta « causa permanente di germinazione batterica » (Landouzy). Oggi non soltanto rigorose esperienze di laboratorio, ma l'esperienza pratica fanno ritenere un po' diversamente. In Germania associazioni antitubercolari diverse hanno dovuto riconoscere che l'acqua, il sapone o la soda e la scopa, insieme con una buona aereazione e dov'è possibile con il sole, rappresentano il migliore sistema di allontanamento dei germi patogeni dall'ambiente abitato da tubercolotici; a Cristiania, sin dal 1910, per la tubercolosi, come per molte altre malattie contagiose, non si usa più che un'accurata pulizia dell'ambiente. Negli Stati Uniti la disinfezione finale è oggi sostituita da una « pulizia a fondo », mentre si cura, egualmente in Germania e in altri paesi, l'adozione di misure profilattiche domiciliari durante il decorso di una malattia contagiosa. Nelle norme vigenti dal 1921 in Prussia la disinfezione terminale non è più formalmente prescritta; essa viene fatta soltanto a richiesta.

Dunque, si ritorna all'antico, cioè a quando non si conoscevano tutti i disinfettanti *miracolosi* di oggi. E si torna a riconoscere, anche in esito a esperienze recenti, che la pulizia accurata costituisce sempre la miglior difesa della casa. Appunto il solo lato utile di tanti lavaggi con disinfettanti che si praticano, a torto o a ragione, nelle abitazioni o in altri locali, è, senza dubbio, quello di servire ad allontanare meccanicamente la più gran parte dei germi!

Ma la pulizia, per essere efficace e rimuovere insieme alla sporcizia anche il materiale infettante, cioè vivo e virulento, che ad essa si sia mescolato per la presenza di un malato infettivo, non va fatta dopo la guarigione di lui, dopo il suo trasferimento o dopo la sua morte, quando cioè la sorgente dei germi non esiste più nell'ambiente, ovvero quando i germi in esso pervenuti siano già morti naturalmente. Tale pulizia va fatta tutti i giorni e anche più volte al giorno, se occorre, mentre si svolge la malattia.

Le escrezioni di tali malati, emesse di recente, come pure gli oggetti da esse imbrattati di fresco, contengono senza dubbio germi pericolosi nelle condizioni di maggiore virulenza perchè non ancora soggiaciuti all'azione degli agenti esteriori: donde la necessità di portare su di essi immediatamente e continuativamente la nostra attenzione.

A Roma, nonostante il raddoppiarsi della popolazione, il numero degli operai disinfettori dell'Ufficio d'Igiene municipale incaricati di procedere alle disinfezioni terminali degli ambienti già occupati da infermi di malattie trasmissibili, non è stato aumentato affatto negli ultimi venticinque anni.

Si sono invece istituiti, e sempre accresciuti, servizi di assistenza profilattica al domicilio degli infermi durante tutto il corso della loro malattia. Questi servizi sono affidati a donne disinfettrici, appositamente istruite, le quali sono bene accolte dalle famiglie dei malati, e, mentre coadiuvano le massaie nella tenuta e nella pulizia della stanza e della casa dell'infermo, applicano e insegnano alle famiglie le misure di profilassi utili a seconda delle diverse infezioni. In tal modo, riportando le disinfezioni al loro giusto e tempestivo valore, si può insegnare ai profani quanto (e non più) si può ottenere da esse in presenza di singoli malati contagiosi o di epidemie e quanto di meglio e di più si possa raggiungere con altri mezzi. Infine, così operando, non si ha più ragione di procedere alle disinfezioni finali, salvo, per alcune infezioni, a quelle degli effetti letterecci.

Purtroppo però la mentalità del pubblico grosso è ancora volta al feticismo esclusivo per i lavaggi disinfettanti della mobilia, degli arredi, dei pavimenti e dei muri o per le fumigazioni al formolo, nonostante, per queste ultime in particolare, l'assenza ormai dimostrata (e dallo stesso Flügge che n'era stato il propugnatore!) di ogni potere di penetrazione. Ricordiamo appena le richieste imperiose di disinfezioni di case, di uffici e persino di strade durante la pandemia d'influenza del 1918-19, proprio mentre un consesso autorevole — l'Accademia di medicina di Parigi — ne proclamava l'inutilità!

È da augurarsi che tale mentalità, con una continua azione di istruzione e di propaganda, possa anche in questo campo mutare. Per questa opera sapiente e paziente si deve fare affidamento sopratutto sui medici liberi esercenti. Si risparmieranno così alle pubbliche Amministrazioni spese non lievi e non si creerà nelle masse quella fallace illusione nel toccasana di tante disinfezioni, illusione che fa trascurare misure profilattiche assai più utili e incita a proteste contro le Autorità che non eseguono disinfezioni sufficienti per impedire la diffusione delle più diverse malattie.

Ma è da augurarsi anche che, come già alcuni paesi hanno fatto, tutti gli Stati nei quali tuttora vige l'obbligatorietà delle disinfezioni terminali modifichino le disposizioni in materia in senso più moderno, in accordo con il progresso delle nostre cognizioni.

SEMEIOTICA.

Le reazioni di flocculazione e la sierodiagnosi della sifilide.

Fino a 15 anni fa la tecnica della sierodiagnosi della sifilide si riassumeva tutta nella classica reazione di Wassermann e nelle sue varianti.

Vernes con la sua reazione di flocculazione ha aperto la strada a una nuova serie di metodi che in questi ultimi anni si son venuti affermando.

R. Demauche (*Bull. Médical*, 30-1-32) espone i vantaggi delle reazioni di flocculazione, che a differenza della R. W., sono reazioni dirette, tra antigene e siero in esame.

Esposte succintamente le tecniche delle varie reazioni di flocculazione (R. di Vernes, R. di Sachs-Georgi, R. di Muller, R. di Meinicke, R. di Kahn) l'A. conclude che, pur senza dover escludere dalla pratica comune le reazioni tipo Wassermann, le reazioni di flocculazione, specie quelle di Vernes, di Sachs-Georgi e di Kahn sono da tenersi nella massima considerazione sia per la loro semplicità che per l'attendibilità assoluta dei loro risultati.

M. PONS.

La diagnosi precoce di tubercolosi mediante la prova optometrica di flocculazione di Vernes.

W. O. Fischer (*South Africa Med. Journ.*, 23 gennaio 1932) ha studiato il comportamento della reazione di Vernes (flocculazione del siero di sangue trattato con soluzione di resorcina) in 987 indigeni del Sud-Africa.

In 804 maschi non tubercolotici la densità ottica colla reazione di Vernes fu inferiore a 25, in 107 malati febbrili non tubercolotici fu superiore a 30 nel periodo febbrile e inferiore dopo caduta la temperatura, mentre in 66 casi di tubercolosi polmonare, in 8 di tubercolosi miliare, e 2 di tubercolosi di altri organi all'infuori del polmone la densità ottica fu sempre superiore a 30 per tutta la durata del periodo di osservazione. Il Fischer ritiene perciò che la reazione di Vernes abbia notevole importanza per la diagnosi precoce di tubercolosi.

R. LUSENA.

CASISTICA.

Le cirrosi epatiche.

La frequenza delle cirrosi varia secondo i paesi; uno dei massimi sarebbe dato dalla Svizzera (10 % delle autopsie), la media generale in Europa sarebbe, secondo N. Fies-

singer (*Journal des praticiens*, 24 ottobre 1931) di 2-3 %. L'alcoolismo rappresenterebbe in Europa la causa delle cirrosi nel 48-60 % dei casi; nei paesi tropicali, interviene come causa la malaria; molto varie sono le percentuali delle cirrosi dovute alla sifilide ed alla tubercolosi.

Predomina generalmente la forma di Laennec (34-90%); quella sifilitica varia dall'1 al 10 %, quella pigmentaria è rara, mentre sono più frequenti le cirrosi grasse.

La cirrosi della malattia di Banti è più frequente nei paesi caldi ed al Giappone; le cirrosi cardiache sarebbero frequenti in Polonia; rara è la forma di Hanot. Quelle biliari da colostasi si osservano in proporzioni variabili da 2 a 17 % dei casi.

La cirrosi può anche aversi nell'atrofia gialla acuta ed, in alcuni paesi, per zooparassiti (schistosoma).

Per quanto riguarda il trattamento, i complessi mercuriali occupano una parte notevole come diuretici; i criteri essenziali per la cura sono però il riposo assoluto ed una dieta a base di idrati di carbonio. *fil.*

Coliche epatiche a sinistra in un caso di inversione viscerale.

P. Carnot (*Paris Médical*, 26 dicembre 1931) riporta il caso di una donna di 32 anni che, avendo goduto in precedenza di una eccellente salute, da tre mesi era presa bruscamente da coliche violente che rendevano necessario l'uso della morfina. Queste coliche avevano una sede nettamente localizzata a sinistra, al di sotto delle false costole e si presentavano periodicamente, ad intervalli sempre più ravvicinati, con irradiazione del dolore alla spalla sinistra.

La malata aveva tinta subitterica, specie alle congiuntive; le feci a più riprese erano state decolorate e le urine anormalmente scure. La palpazione a sinistra provocava dolore, in un punto molto preciso, al di sotto delle costole, simmetrico del punto cistico; in questo punto era positivo il segno di Gilbert-Murphy.

Un esame clinico accurato, corroborato dai risultati radiografici, dimostrò una inversione totale dei visceri, una eterotassia, cosicchè la cistifellea era a sinistra, in un punto simmetrico della sede abituale. C. TOSCANO.

Le colecistiti da appendiciti.

L. Giuseppe (*Archivio italiano di Chirurgia*, nov. 1931) ammette la dipendenza delle colecistiti da pregressi attacchi appendicolari. La via di comunicazione sarebbe data dalla rete linfatica del Braithwaite la cui non costanza spiegherebbe come non tutti gli appendicitici diventino colecistici.

È sostenitore dell'appendicectomia al primo attacco appunto per evitare oltre il pericolo del male in sè la possibile diffusione del processo alla colecisti. ALIERI.

TERAPIA.

Sul trattamento dell'otosclerosi.

Rosenfeld (*Mediz. Klinik*, 15 gennaio 1932) considera l'otosclerosi come un processo osteomalacico localizzato, di natura costituzionale e di origine endocrina. Esso presenterebbe nette analogie anche con l'osteocondrite giovanile deformante. Il tessuto osseo, rammollito in seguito alla perdita di calcio, verrebbe ad essere sostituito da tessuto fibroso, sclerotico. Il nervo acustico risulterebbe più o meno interessato in tale processo: i rumori, che costituiscono uno dei sintomi dell'otosclerosi, tradurrebbero l'irritazione del n. a.; la sordità finale sarebbe dovuta a compressione e obliterazione di esso.

Poichè nell'osteomalacia risponde bene la adrenalina, l'A. ha voluto saggiare questo rimedio in parecchi casi di otosclerosi e ne ha ottenuto buoni risultati. In 4 casi iniziali si produsse un miglioramento marcato nelle condizioni dell'udito. In alcuni casi scomparvero del tutto i rumori. L'importante è di valersi di dosi piccole, refratte, quasi omeopatiche: 1/20-1/5 di milligrammo al giorno; nonchè di continuare la cura a lungo: si richiede molta perseveranza così da parte del paziente come del medico. Non si produssero accidenti di sorta. Conviene regolarsi sulla tolleranza e sulle reazioni del paziente.

Anche altri rimedi, idonei a fissare il calcio, sono indicati: così l'olio di fegato di merluzzo oppure l'ergosterolo irradiato. Può essere anche vantaggiosa una cura calcica; ma ciò che più si richiede è l'impiego dei calciofissatori. A. P.

Dieci anni di esperienza nella cura della cataratta con estratti di cristallino.

E. Davis (*American Medicine*, gennaio 1932) riferisce in riassunto il risultato delle sue ricerche sperimentali e delle sue osservazioni cliniche relative al trattamento della cataratta con sieri anticristallino e con antigeni costituiti da estratti di cristallino. Queste indagini si basano largamente sulla nozione della specificità d'organo, intesa in senso immunitario, posseduta dal cristallino.

Le conclusioni pratiche cui giunge l'A. sono fondamentalmente le seguenti: non tutti i tipi di cataratta reagiscono in ugual maniera al trattamento con estratti di cristallino: sono suscettibili di risentire in grande percentuale beneficio e spesso notevole miglioramento le forme di cataratta senile sottocapsulare; così pure risentono favorevolmente della cura le forme corticali, mentre nes-

sun vantaggio ritraggono le forme nucleari, sclerosanti e capsulari. Ciò che è della massima importanza per l'esito nella cura è la diagnosi precoce e conseguentemente un precoce e attivo trattamento. Ch.

Nelle celluliti.

H. Leclerc (*La Presse médicale*, 9 dic. 1931) consiglia di usare l'edera comune (*Hedera helix*), che agirebbe per l'ederina, ad azione emolitica e vasocostrittiva. Si possono usare direttamente le foglie, facendone dei decotti ed applicandoli come bagni locali o fomentazioni calde. Se non si hanno a disposizione le foglie, si faranno dei leggeri massaggi con la seguente pomata.

Alcoolatura (od estratto fluido) di		
Edera	g.	5
Essenza di origano	gocce	XX
Lanolina	g.	20
Sugna (oppure Vaselina)	g.	40

fil.

MEDICINA SCIENTIFICA

Osservazioni quantitative sulla proteinuria nella nefrite.

Nella letteratura vastissima dell'ultimo secolo su questo argomento appare evidente che fu studiata più la concentrazione delle proteine nelle urine che la quantità totale eliminata. La concentrazione proteica è inversamente proporzionale alla quantità di urina eliminata e la quantità totale eliminata nelle 24 h. è l'esponente delle condizioni del malato.

P. M. Tookey Kerridge (*The Quarterly Journal of Medec.*, gennaio 1932) ha studiato la proteinuria di 23 malati (senza fare distinzione fra nefrite e nefrosi). Il quantitativo delle proteine era calcolato colla differenza fra azoto totale e azoto non proteico delle urine.

La concentrazione proteica nelle urine è più alta la mattina presto e la sera e c'è un aumento anche verso la metà della giornata e questo comportamento si osserva tanto in casi con abbondante quanto in casi con scarsa perdita totale di proteine. Il comportamento inverso si osserva nell'albuminuria ortostatica.

Quando il nefritico si alza da letto, la quantità delle urine diminuisce mentre aumenta la concentrazione proteica. L'urea provoca aumento notevole della quantità delle urine con diminuzione della concentrazione proteica, però la quantità totale di proteine eliminate rimane invariata; continuando per più giorni a somministrare urea, si ritorna alle condizioni trovate prima della cura. Press'a poco nello stesso modo agisce il citrato di potassio.

In un nefritico nel quale comparve un'infezione acuta, spesso coccica, si ebbe coll'inizio del processo infettivo caduta della quantità delle urine ed aumento della concentrazione proteica ma senza che variasse la quantità totale delle proteine eliminate.

Da queste osservazioni appare evidente che è più importante conoscere la quantità totale di proteine eliminate nelle 24 h. che la concentrazione di ogni minzione. Se non si può conoscere la quantità di proteine in 24 h., sarà meglio vedere la concentrazione proteica delle urine della mattina presto.

R. Lusena.

Albumina urinaria e nefrite.

W. A. Thomas (*Journ. amer. med. assoc.*, 10 ott. 1931) osserva che il quadro clinico della nefrite è dovuto essenzialmente a lesioni dei tessuti generali e specializzati, a disturbi nel metabolismo dei tessuti e del bilancio minerale piuttosto che a deficienza della funzione renale ed a ritenzione di prodotti di rifiuto e di acqua.

Il rene, normale o malato, esercita una azione selettiva sulle albumine circolanti nel sangue, trattenendo quella normale ed eliminando quella estranea all'organismo.

Mediante l'iniezione endovenosa di cloruro di sodio al 5 %, si possono produrre, nei cani, la nefrite artificiale e l'uremia; in questa uremia artificiale, l'albumina urinaria è costituita da pura albumina dei tessuti.

Quando l'albumina dei tessuti viene scissa arrivando ad un prodotto tossico, questo si combina con la proteina del siero e costituisce l'albumina estranea che viene eliminata come tale per l'urina.

La presenza della proteina del siero nell'urina va considerata come un meccanismo disintossicante. *fil.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

Ultra-filtrabilità. — Al Dott. I. N.:

Conviene distinguere fra filtrabilità e ultrafiltrabilità; la prima avviene attraverso le candele porose (di caolino o di farina fossile; così le Chamberland e le Berkefeld); la seconda avviene attraverso le membrane semipermeabili (sacchetti di collodio, membrane di Zsigmondy e Bachmann).

I virus filtrabili si dicono anche ultra-virus; invece per i virus ultra-filtrabili si è proposta la designazione di ultra-ultra-virus. Generalmente però tale distinzione non viene fatta. A tutti si applica la designazione di infra-microbi. *l.*

Cura antiluetica di prova in un bambino sospetto eredoluetico per cefalea. — Al dott. S. C. da Tr.:

Risp. — Prima di iniziare una *cura di prova per sospetto di eredolues*, è necessario, oltre ad un accurato esame, assolvere tutti i mezzi di accertamento: *reazione di Wasser-*

mann, esame del liquor (trattandosi di una forma morbosa monosintomatica: cefalea).

È compìto difficile giudicare sugli effetti di *una cura di prova;* basterà riflettere alle tante coincidenze, che sono le nemiche della logica e del buon senso medico, e alla responsabilità che il medico assume nel donare ad un bambino una patente di sifilide, che peserà per tutta la vita, senza che in seguito si possano più avere utili controlli! Se, nel caso particolare, *il liquor è negativo*, bisogna trovare altra ragione della cefalea.

Se l'esame è positivo, per la lues, salvo le dosi, la cura non si differenzia da quella che si esegue negli adulti: *cura lunga, intermittente, a dosi generose.*

Rimedî: *bismuto, neosalvarsan, mercurio;*

Controlli: *esame clinico, reazioni specifiche sul sangue e sul liquor, disturbi subbiettivi.*

Le cure devono essere miste e complete; devono essere ripetute con tregue di 2-3 mesi, almeno 2 volte all'anno.

Naturalmente bisogna controllare le urine e sorvegliare la bocca, specialmente durante le cure mercuriali e bismutiche invece del Neosal varsan, se non può essere usata la via endovenosa, si potrà ricorrere alla via intramuscolare (Neo I. C. I. Myosalvarsan).

t. p.

Opere di psicotecnica, specialmente applicate all'aviazione. — All'abb. n. 9710-2:

B. Herwig. *Psychotechnische Methoden im Verkehrswesen.* Urban e Schwarzenberg. Vienna 1928. — A. Herlitzka. *Methoden zur Auswahl und Kontrolle der Luftzeugfahrer.* Ibidem. — L. Walther. *La technopsycologie du travail industriel.* Delachaux e Niestlè, Neuchatel e Paris, 1926 (ne è stata pubblicata recentemente la traduzione italiana). — M. Moers. *Psicologia del trabajo profesional (psicotecnia)*, Editorial Labor, Barcelona, 1926. — W. Moede. *Lehrbuch der Psychotechnik.* Springer, Berlin, 1930. (È stato pubblicato soltanto il primo volume, che ha un prezzo assai elevato). — A. Casarini. *La scelta dei piloti per la navigazione aerea.* Libreria dello Stato, Roma, 1925.

Sulla scelta psicotecnica dei piloti d'aviazione, veda inoltre i numerosi lavori del Prof. A. Gemelli che è stato un pioniere in questo campo. *fil.*

All'abb. n. 9977-2:

Un eccellente trattato è quello di E. Grafe: *Die Krankheiten des Stoffwechsels und ihre Behandlung.* Springer ed. Berlin, 1931. Come trattato fondamentale di fisiopatologia del ricambio, posso indicarle quello edito dallo stesso Springer: *Stoffwechsel und Energiewechsel*, dovuto alla collaborazione di varî autori, che ha però il difetto di essere molto costoso (118 RM.). *fil.*

VARIA.

L'inno della Doppia Croce.

Come è noto, il maestro Riccardo Zandonai ha composto per la « Federazione Italiana Nazionale Fascista per la lotta contro la tubercolosi » su parole di G. Zucca, l'*inno della doppia croce.*

L'inno fu cantato per la prima volta a Roma al Teatro Reale dell'Opera durante la cerimonia inaugurale delle grandi manifestazioni nazionali antitubercolari dell'anno decimo.

Lo riportiamo:

Accendi la fiaccola, o Scienza,
sulla notte del disperare!
Ritorna ad amare, a cantare
la sognante convalescenza.

Fratello, riprendi il cammino!
c'è ancora tanto domani,
c'è ancora tanto destino
nel cavo delle fioche mani!

Su, Lorena! quattro braccia
per la lotta e per l'amore!
Cinge un bel mandorlo in fiore
la tua porpora guerriera!
La speranza ride in cuore,
doppia Croce: è primavera!

La Patria il suo sangue non vuole
sperderlo così, senza gloria.
Morire, sì, ma nel sole,
tra gl'inni della vittoria!

cadere all'aurora rivolti
di un avvenire più fausto,
non scomparire dissolti
nel nulla di un vano olocausto!

Su, Lorena! quattro braccia
ecc. ecc.

La Scienza che cauta s'affaccia
sul fiero enigma dell'Eterno,
la Carità che al fraterno
dolore tende le braccia,

sbarrano il passo al mortale
nemico: l'Amore, ch'è forte,
vi libera, o genti, dal male,
perch'è più forte della Morte!

Su, Lorena! quattro braccia
ecc. ecc.

Riccardo Zandonai, il cui estro musicale fu già altre volte pronto e felice ad accendersi nell'esaltazione di motivi civili e patriottici, ha musicato i versi scorrevoli e sentiti con ispirazione calda e spontanea. Dalla sua più facile vena ha attinto di getto il motivo, ordinandolo in strofe marziali, dal ritmo sostenuto, dalla espressione nobile, di immediata suggestività.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI.

Malattie sociali e costituzione.

Una circolare del sottosegretario di Stato agli interni, on. Arpinati, diramata ai signori prefetti ed alle autorità assimilate, insiste e invita a richiamare l'attenzione dei medici provinciali sull'importanza che deve darsi all'esame della costituzione individuale non solo ai fini della cura, ma anche della prevenzione di molte affezioni; fa presenti le circolari 12 maggio 1924 per la lotta contro le malattie sociali nelle collettività giovanili, 24 marzo 1927 per la lotta contro l'adenoidismo e 28 febbraio 1928 per la diffusione del tracoma, affinchè venga indirizzata in tal senso l'opera dei sanitari preposti al servizio medico scolastico, ai servizi antitracomatosi, all'assistenza specializzata per i figli di tubercolotici ed in genere alla vigilanza sanitaria sulle collettività di fanciulli ed adolescenti. In tali istituzioni non dovrà trascurarsi l'esame del tipo costituzionale insieme agli altri rilevamenti somatici e sanitari, affinchè possano adottarsi nei confronti dei visitati le provvidenze assistenziali ed i trattamenti più confacienti. Più particolarmente nei servizi antitracomatosi il dirigente potrà avvalersi del concorso di specialisti in otorinolaringoiatria, per procedere ove del caso all'esame del rinolaringe e dell'orecchio per l'eventuale rilevamento di manifestazioni adenoidee e di forme iperplastiche delle mucose relative. Delle forme di linfatismo, e sopratutto di quelle a tipo costituzionale congenito, specie se accompagnate a stimmate neuropatiche e somatiche degenerative, dovrà farsi speciale registrazione curando che i malati vengano sottoposti agli opportuni trattamenti.

Rendesi necessario procedere al coordinamento dei servizi relativi mercè una razionale organizzazione di segnalazioni e di rapporti fra i servizi predetti.

Vaccinazione antitubercolare nel 1931.

Un'altra circolare dispone che il Ministero venga informato sulla pratica delle vaccinazioni antitubercolari durante il decorso anno 1931, tenendo presenti i seguenti elementi per la raccolta dei dati: *a*) qualità dei vaccini adoperati e in qual modo somministrati; b) numero dei bambini vaccinati; *c*) da chi furono vaccinati; *d*) istituti dove le vaccinazioni furono fatte (Cliniche pediatriche, Sanatori, Ospedali sanatoriali, Sezioni ospedaliere pel ricovero dei tubercolosi, Dispensari antitubercolari, ecc.); *e*) eventuali inconvenienti consecutivi alla vaccinazione, quali furono e di quale entità; *f*) se in caso di avvenuta morte fu fatta l'autopsia e con quale risultato; *g*) se i bambini vaccinati siano stati ulteriormente seguiti e controllati; *h*) se la lista dei vaccinati fu depositata presso l'ufficio del medico provinciale. Si desidera che le notizie pervengano al Ministero non più tardi del 1° aprile p. v.

Visita medica per l'arruolamento volontario nel Corpo Reali Equipaggi Marina.

Un'altra circolare interessa a richiamare l'attenzione dei medici condotti e degli ufficiali sanitari sull'importanza dei certificati medici rilasciati per l'arruolamento, onde evitare che i giovani vengano subito dopo scartati per deficienze fisiche talmente palesi, che non è ammissibile possano sfuggire all'esame sanitario.

Per la disciplina della statistica.

Una circolare del Capo del Governo richiama il R. D. L. 27 maggio 1929 n. 1285 e le circolari 4 gennaio 1930 n. 5 e 2 dicembre 1931 n. 151, con cui si dispone che le Amministrazioni Statali, le altre Amministrazioni pubbliche, gli Enti parastatali e gli Organi corporativi e sindacali, inviino all'Istituto Centrale di Statista le bozze di tutte le pubblicazioni aventi, in tutto o in parte, carattere statistico, al fine di ottenerne il benestare, che è subordinato alle variazioni ed ai complementi che l'Istituto ritenesse opportuno di apportarvi. Aggiunge che i comunicati alla stampa dei risultati di lavori statistici compiuti od in corso, sono ammessi unicamente se i progetti dei lavori siano stati sottoposti all'Istituto Centrale di Statistica e ne sia stato seguito l'avviso; oppure se le bozze di stampa delle pubblicazioni che si vogliono annunziare, siano state preventivamente inviate all'Istituto e questo abbia dato il definitivo benestare; in ogni caso, i comunicati dovranno essere compilati di concerto con l'Istituto.

Queste disposizioni valgono, naturalmente, anche per le statistiche sanitarie.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Aosta. — Per titoli ed esami. Posto di Ufficiale Sanitario consorziale di Cuorgné, Alpette, Castellamonte, Castelnuovo Nigra, Frassinetto, Pont Canavese, Salassa, Pratiglione, Valperga, Sparone, Locana, Ribordone, Ceresole Reale, Ingria, Ronco Canavese e Valprato Soana con residenza in Cuorgné. Stipendio iniziale L. 14.000 oltre L. 6000 per indennità di trasporto, al lordo delle ritenute di legge. Divieto esercizio professionale. Le domande d'ammissione devono pervenire entro il 15 maggio 1932 alla Prefettura di Aosta, corredate dai documenti di rito prescritti dal bando.

Bitonto. *Ospedale Civile*. — Medico del Reparto medicina e medico competente in tisiologia; stipendi: L. 2400 per il primo e L. 6000 per il secondo, lorde delle ritenute di legge. Scad. 10 aprile. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria della Congregazione di Carità.

Castagneto Carducci (*Pisa*). — Posto per la condotta frazione di Bolgheri con residenza nel luogo. Stipendio L. 10.500 per la cura dei poveri. Aumenti quadriennali di un decimo fino a raggiungere con detto aumento un massimo corrispondente alla metà dello stipendio suddetto. Assegno

annuo L. 2000 per indennità di cavalcatura. Caro viveri a norma di legge, se dovuto e fino a conservazione. Stipendio e indennità al netto delle ritenute di legge e della riduzione del 12 %. Scadenza 30 aprile. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria Comunale di Castagneto Carducci.

CATANZARO. *Amministraz. Provinc.* — Scad. 30 mag., ore 12; medico radiologo nell'Ospedale Psichiatrico di Girifalco; L. 10.000 e 5 scatti quadriennali dec., indenn. L. 1000; riduz. 12 %; alloggio personale, illuminaz., riscaldam., vitto personale di 1ª classe; età lim. 35 a. al 1° mar.; tassa L. 25; doc. anter. al 1° dic. Servizio entro il termine che verrà fissato, sotto pena di decadenza.

CAZZAGO S. MARTINO (*Brescia*). — Scad. 15 mag.; L. 7920 e 6 quinquenni oltre L. 1320 trasp., L. 440 uff. san. Condotta in pianura.

CHIETI. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli e per esami. Posto di Coadiutore della Sezione Chimica e posto di Coadiutore della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale d'Igiene e Profilassi con sede in Chieti. Scadenza 20 aprile. (Vedi prec. N. 12).

CHIETI. *R. Prefettura.* — Uff. san. di Vasto; al 23 aprile, ore 17; L. 5000 e 5 quadrienni dec.; deduz. 12 %; per trasp. L. 1000; indennità varie; L. 5300 pel dispensario antitubercolare, già depurate 12 %, dall'inizio del funzionamento (richiedesi competenza in tisiologia); è consentito l'esercizio della libera profess.; tassa L. 50,10; età lim. 45 a. al 23 feb. Chied. annunzio.

CORTENUOVA (*Bergamo*). — Per titoli, posto di unico medico condotto del Comune. Stipendio L. 8000 annue al lordo delle ritenute di legge; indennità caro viveri di legge; di Ufficiale Sanitario L. 500; di trasporto L. 500; di ambulanza L. 200; quote capitarie annue di L. 5 e L. 2 per ogni ammesso nell'elenco degli aventi diritto all'assistenza sanitaria e farmaceutica gratuita od alla sola assistenza sanitaria gratuita. Cinque aumenti periodici quinquennali di un decimo sullo stipendio e sull'indennità di Ufficiale Sanitario. Stipendio ed indennità soggetti alle ritenute di legge. Età massima anni 45. Documenti di rito in competente bollo e debitamente legalizzati, laurea in medicina e chirurgia conseguita presso una R. Università del Regno, prova degli esami di Stato, ove occorra, certificato d'iscrizione all'albo di un Ordine medico e tassa di L. 50 al Municipio di Cortenuova. Scadenza ore 18 del 31 maggio 1932. Assunzione in servizio entro trenta giorni dalla partecipazione ufficiale della nomina. Chiedere bando concorso ed informazioni alla Segreteria Comunale.

FORNO CANAVESE (*Torino*). — Scad. 15 mag.; consorzio; 2ª condotta; condizioni visibili presso la Segreteria consorziale.

GROSCAVALLO (*Torino*). — Scad. 25 mag.; L. 7920 oltre indennità; tassa L. 50.

INZAGO (*Milano*). — Scad. 31 mar.; 2ª cond.; L. 7920 al netto trattenuta 12 %; per trasp. L. 1500.

NOVATE MILANESE (*Milano*). — Per titoli. Stipendio lordo L. 9000 più L. 1000 per indennità di Ufficiale Sanitario. Scadenza 10 aprile. (Vedi prec. N. 12).

PADOVA. *Spedale Civile.* — Scad. 9 apr., ore 17; assistente effettivo di medicina; L. 5000 decurtate del 12 %; 2 bienni dec.; guardie di L. 30; età lim. 30 a. al 9 mar.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 9 mar. Sarà tenuta considerazione della prova di appartenenza al P. N. F. e dello stato di famiglia. Chied. annunzio.

PRATO (*Firenze*). — Scad. 25 mag.; 5° distretto (campagna); L. 7480, 8 trienni dec., c.-v., addizionali L. 4,40 per ogni pov. oltre i 500, fino a L. 1760; per trasp. L. 3080; compensi già ridotti; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

SULMONA. *Casa Santa dell'Annunziata.* — A tutto 10 apr., chirurgo primario dell'Ospedale Civile; età lim. 38 a.; 5 a. in Clinica universitaria e 2 in ospedali di almeno 150 letti; tassa L. 100,15; doc. a 3 mesi dal 9 mar.; L. 6500 comprese L. 3000 d'indenn. alloggio; riduz. 12 %; partecipaz. 70 %; chied. annunzio.

VASTO (Vedi CHIETI. *R. Prefettura*).

VERONA. *Comune.* — Scad. 15 apr.; 13° circondario suburbano; L. 9000 e scatti quadriennali, oltre L. 1700 serv. att., c.-v.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

VETRALLA (*Viterbo*). — Scad. 15 apr.; 3ª cond. urbana e rurale; tassa L. 50; stip. L. 7480 già decurtato 12 %, per 1000 pov., 5 quadrienni dec., L. 960 c.-v., L. 400 assistenza operazioni chirurgiche all'Ospedale, L. 3000 servizio di campagna, L. 700 se uff. san. Doc. a 3 mesi dal 10 mar.

VITERBO. *Ospedale Grande degli Infermi.* — Scad. 30 apr., due assistenti; età lim. 35 a. al 26 feb.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi; stip. L. 7000, eventualmente c.-v.; riduz. 12 %; alloggio; vitto nei giorni di guardia; serv. entro 15 gg.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

È stato nominato Accademico d'Italia il prof. Giuseppe Pianese, direttore dell'Istituto di anatomia e istologia patologica della R. Università di Napoli, ben noto a tutti i medici per i suoi importanti contributi scientifici nel campo della protozoosologia e in particolare sull'eziologia del Kala-azar. Molto apprezzati sono i suoi « Elementi di anatomia patologica generale » e il suo studio critico sperimentale sul « Sistema reticolo-endoteliale ». All'illustre scienziato i nostri rallegramenti.

Il prof. René Leriche, della Facoltà medica di Strasburgo, è nominato dottore *honoris causa* dalla Facoltà medica di Oporto.

Il Consiglio della Società per gli studi della malaria ha chiamato alla carica di vice-presidenti i proff. R. Bastianelli e G. Sanarelli ed alla carica di segretario il dott. G. Raffaele.

L'Accademia di Medicina di Parigi ha nominato membri corrispondenti i proff. Kund Faber, di clinica medica all'Università di Copenaghen, e M. Minovici, di medicina legale all'Università di Bucarest.

Il R. Commissario dell'Opera nazionale per la protezione della maternità e dell'infanzia ha conferito la medaglia d'oro di benemerenza al cavaliere di gran croce Vincenzo Casoli, primo presidente della Corte d'Appello di Torino.

Nell'adunanza scientifica del 12 febbraio dell'Associazione Medica Triestina, Circolo di Coltura del Sindacato Fascista Medici, si ebbe il conferimento del premio intitolato al prof. Giorgio Nicolich, della cui morte ricorre in questi giorni l'anniversario. Il presidente Cofleri ricordando le benemerenze dell'illustre Maestro consegnò il premio al prof. Paolo Iacchia, per il suo pregevole lavoro sulle bronchiettasie.

Hanno conseguito la libera docenza i dottori: Giovanni Dagnini, Gino Petrassi e Francesco Pescatori in anatomia e istologia patologica; Francesco Cantani in batteriologia; Celestino Rossetti in batteriologia e immunologia; Gabriele Monasterio e Antonio Orrù in chimica biologica; Orlando Cantelmo e Giuseppe Pozzi in clinica chirurgica; Giuseppe Lino in clinica chirurgica e medicina operatoria; Carlo Berlucchi e Paolo Ottonello in clinica delle malattie mentali e nervose; Vincenzo Barletta e Giulio Scalzitti in clinica oculistica; Nicolò Candela, Giovanni Maria Corda, Giovanni Davanzo, Gustavo De Lauretis, Giuseppe Grossi, Stellario Martines, Michele Orrù, Alberto Pistuddi, Giulio Vittorio Segre e Armando Vignali in clinica ostetrico-ginecologica; Ferruccio Fioretti in clinica otorinolaringoiatrica; Mario Contelessa, Caterina Dessylla, Cesare Malossi, Maria Prebil, Salvatore Rapisardi e Catello Sorrentino in clinica pediatrica; Antonio Chiatellino e Michele Mitolo in fisiologia sperimentale; Cesare Coruzzi e Furio Travagli in medicina legale; Ettore Levi in medicina sociale; Giuseppe Gherardini in microscopia e chimica clinica; Angelo Mirolli, Fabio Stoccada, Ubaldo Vallebona, Antonio Velo, Italo Barcaroli, Giovanni Pacetto e Gabriele Sacerdote in patologia speciale chirurgica; Giorgio Boattini, Giovanni Callerio, Paride Forattini, Mario Calabresi e Giovanni Puoti in patologia speciale medica; Antonio Bagnoli in patologia e clinica dermosifilopatica; Francesco Paternò in psichiatria; Annibale Casati e Dino Tartagli in radiologia medica; Adalberto Pazzini in storia della medicina; Luigi Sagona in tisiologia.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Padova.

Universitaria.

In questi giorni vennero firmati i decreti che accordano la libera docenza in igiene alla dott.a Carmelita Casagrandi ed al dott. Alessandro Seppilli, entrambi dell'Istituto d'Igiene di questa Università diretto dal prof. O. Casagrandi.

Ricorderemo che l'attività della sig.a Casagrandi non si è svolta unicamente nel campo scientifico, ma che ella ebbe tali benemerenze nella vita italiana da meritarsi la medaglia delle fatiche di guerra e quella della Marcia su Roma. Inoltre essa si occupò in modo assai efficace anche di opere assistenziali.

PLF.

NOTIZIE DIVERSE.

L'inaugurazione della campagna antitubercolare.

Il 13 marzo si è tenuta a Roma, nel Teatro Reale dell'Opera, una grande adunata per l'inaugurazione della campagna nazionale per la Giornata del Fiore e della Doppia Croce. Il teatro era stato adornato di uno speciale addobbo, intonato al significato gentile della cerimonia.

Questa venne onorata dalla presenza di S. M. la Regina, ricevuta dal dott. Gaetano Basile, direttore generale della Sanità Pubblica, e dal prof. A. Ilvento, vice-presidente della Federazione Nazionale Fascista per la lotta contro la tubercolosi. Nei palchi e nella sala erano altre autorità, tra cui l'on. Federzoni, presidente del Senato, il governatore di Roma principe Boncompagni Ludovisi, il presidente della provincia principe Colonna, il segretario federale Nino d'Aroma. Larghe rappresentanze dei Comitati provinciali erano convenute da tutte le parti d'Italia.

Presentato dall'on. Eugenio Morelli, l'oratore ufficiale, on. Alfredo De Marsico, tenne una smagliante orazione.

Egli ha rilevato che sotto il Regime di Benito Mussolini la lotta contro la tubercolosi diventa un vasto problema di Governo, che impegna forze ed uomini in numero sempre più poderoso; per volontà del Duce, scienziati, legislatori, filantropi, hanno veramente costituito un « fronte unico » per condurre a vittoriosa fine la grande battaglia. Sono leggi fasciste quelle che istituiscono i consorzi obbligatori e l'assicurazione obbligatoria delle classi lavoratrici contro la tubercolosi; per impulso del Fascismo in ogni parte d'Italia sono sorti e vanno sorgendo sanatori ed altri organismi, destinati a curare, a lenire le sofferenze di tanti malati. Le cifre stanno a dimostrare come questa battaglia è in continuo vittorioso progresso: d'anno in anno la mortalità per tubercolosi decresce e se si procederà per l'avvenire con eguale ritmo, è da prevedersi che, fra un decennio, il morbo sarà finalmente domato nelle sue più funeste conseguenze.

Poi si è svolta la seconda parte del programma, che comprendeva l'esecuzione dell'« Inno della Doppia Croce » musicato da Riccardo Zandonai e dell'« Elegia eroica » di Gino Marinuzzi. Sotto la direzione del maestro Santini, l'orchestra e il coro hanno eseguito l'« Inno » dello Zandonai mettendone in bel risalto l'efficacia ritmica; e, in se-

guito, la bella « Elegia » del Marinuzzi fu eseguita dalla sola orchestra.

La nostra Sovrana è stata oggetto di calorose dimostrazioni. Vibranti applausi hanno salutato le varie fasi della cerimonia.

9° Congresso internazionale di storia della medicina.

Il Comitato permanente della Società internazionale di storia della medicina si è adunato a Parigi il 16 gennaio, nei locali della Facoltà medica, sotto la presidenza effettiva del sen. Davide Giordano. Il presidente del Comitato ordinatore del prossimo congresso, dott. Gomoiu, ha esposto il programma all'uopo elaborato. Saranno in discussione due temi: « L'evoluzione della medicina nei Paesi balcanici, e « La protezione dell'Europa contro la peste »; per il primo argomento è stata chiesta la collaborazione di jugoslavi, greci, albanesi e turchi.

Il congresso verrà inaugurato a Bucarest il 9 settembre; i lavori si svolgeranno dal 10 al 14; nei giorni 15-17 avrà luogo un'escursione in auto alle montagne di Sanìa; sono previste anche altre quattro escursioni; il 18 si terrà il banchetto di chiusura. Un apposito vapore del Lloyd, con partenza da Trieste, faciliterà l'incontro dei congressisti.

Per informazioni rivolgersi alla segreteria generale del Congresso: Stado Stirbei Voda 86, Bucuresti, Romania.

19° Congresso internazionale di chirurgia.

Si è svolto, come avevamo annunziato, a Madrid, dal 15 al 18 marzo. La cerimonia inaugurale ebbe luogo alla presenza del Presidente della Repubblica, del Ministro dell'Istruzione, del Corpo diplomatico. Ai lavori hanno partecipato circa 200 congressisti, rappresentanti 42 Nazioni. La delegazione italiana comprendeva tra gli altri i proff. Alessandri, Dominici (che era uno dei relatori) e Spangaro.

Conferenza internazionale di difesa sociale contro la sifilide.

Come abbiamo annunziato, si terrà a Parigi dal 9 all'11 maggio. L'ordine del giorno reca i seguenti temi: « Il servizio sociale nella lotta contro la sifilide »; « Diagnosi precoce e patogenesi delle sifilidi nervose »; Profilassi delle sifilidi nervose »; « Importanza medico-sociale delle sifilidi nervose » (acquisite o ereditarie). Tra i relatori è il prof. Mario Truffi, di Padova. Le comunicazioni si riferiranno esclusivamente ai soggetti iscritti all'ordine del giorno.

Il 9 maggio avrà luogo l'inaugurazione dell'Istituto Alfred Fournier (boulevard Saint-Jacques 25, Parigi XIV) e della conferenza, con l'intervento del Ministro della sanità pubblica; nei giorni seguenti si svolgeranno i lavori, nell'Ospedale Saint-Louis. Il 12 maggio avrà luogo la cerimonia del centenario della nascita di Alfred Fournier, alla presenza del presidente della Repubblica.

Unica lingua ufficiale sarà quella francese.

Per le adesioni e la corrispondenza rivolgersi al segretario generale dott. Sicard de Plauzoles, rue de Lisbonne 44, Paris (8e).

Congresso italiano d'igiene.

Il Congresso dell'Associazione Italiana Fascista per l'Igiene, di cui abbiamo dato notizia nel n. 11, è stato differito al prossimo ottobre. Per informazioni rivolgersi alla segreteria, presso l'Istituto d'Igiene della R. Università di Napoli.

7° Congresso internazionale di protezione dell'infanzia.

Si adunerà a Parigi dal 5 al 9 luglio, a cura dell'« Union Internationale de Protection de l'Enfance »; sarà diviso in 5 sezioni: Maternità, Prima infanzia, Seconda infanzia, Infanzia anormale, Servizio sociale. Temi: « Sorveglianza medica degli sports (vantaggi e abusi degli sports) »; « Statismo e beneficenza ». Rivolgersi a: Secrétariat du Congrès de la Protection de l'Enfance, Comité National de l'Enfance, boulevard de Vaugirard 26, Paris (25e).

Congresso medico algerino.

La « Fédération des Sociétés médicales d'Algérie » ha tenuto la sua riunione annuale ad Algeri, presso la Facoltà medica, nei giorni 16-18 marzo, sotto la presidenza del decano, prof. Leblanc. Sono stati discussi i temi seguenti: « Come si deve concepire la malaria cronica dal punto di vista clinico »; « Malaria e chirurgia»; « L'ematozoo nella malaria cronica »; hanno anche avuto luogo varie conferenze. Per eventuali informazioni e per gli atti rivolgersi alla segreteria generale (Laboratoire d'histologie, Faculté de médecine, Alger).

Congresso polacco di medicina interna.

Si è tenuto a Cracovia con la partecipazione di circa 300 medici; temi ufficiali in discussione furono: « Il reumatismo » e « La questione dell'ipertireosi ». Richiamarono molto l'attenzione anche varie comunicazioni sul cancro.

Società italiana di medicina sociale.

Questa Società aveva indetto a Roma, per il mese di febbraio — come ne avevamo dato annunzio — un convegno di psicotecnica applicata agli infortuni stradali. Il convegno — organizzato sotto gli auspici della Confederazione nazionale fascista dei trasporti — è stato rimandato ai giorni 5-7 aprile. Per informazioni rivolgersi al presidente della Società predetta, prof. Carlo Foà, direttore dell'Istituto di Fisiologia della R. Università di Milano.

Assemblea francese di medicina generale.

Si è costituita a Parigi, il 2 febbraio, un'associazione di medici esercitanti la medicina generale. Possono esservi iscritti medici francesi o di lingua francese. Presidente d'onore è stato eletto il prof. Chauffard; presidente effettivo il prof. Carnot. Verranno stabiliti dei temi, da discutere prima in assisi dipartimentali e poi in assisi nazionali. Le prime assisi dipartimentali si terranno nel prossimo aprile, sul tema « la tubercolosi renale ». Per eventuali informazioni rivolgersi al segretario generale, Dr. Henri Goldlewski, rue Théodule-Ribot 14, Paris (17e).

Associazione di studi sessuologici.

Ha tenuto un'assemblea a Parigi, nei locali dell'Hôtel de Ville. sotto la presidenza del dott. Toulouse. Venne deciso che saranno presi in esame i seguenti temi: « Il problema medico della limitazione della natività »; «La prostituzione (regola-

mentazione, abolizionismo, liberismo, proibizionismo) »; « La continenza e l'igiene individuale »: « La differenziazione sessuale (compito dei fattori biologici e dell'educazione sull'attività sociale e professionale) ».

Durante un'altra riunione di studiosi tenuta alla Facoltà di medicina, sotto la presidenza del prof. Achard, venne costituita una « Società francese di sessuologia », a carattere strettamente scientifico. La Società si è adunata per la prima volta sotto la presidenza del ministro della sanità pubblica Camille Blaisot.

Unione medica latina.

La *Umfia* ha tenuto il 30 gennaio, nell'Hôtel Chambon (Casa dei Sindacati medici), la sua assemblea generale annuale, sotto la presidenza del dott. Dartigues. Fu specialmente in discussione l'uso del latino quale lingua scientifica universale.

Convegno di chirurghi dell'alta Italia.

È stato indetto dalla Società Piemontese di Chirurgia per i giorni 28 e 29 maggio, a Torino, in coincidenza con una seduta ordinaria della Società e in occasione delle manifestazioni torinesi (12 marzo-5 luglio).

La presidenza della Società si riserva di rendere noto il programma dettagliato del Convegno, assieme con il prospetto delle facilitazioni ferroviarie; ma prega d'inviare fin da ora le adesioni, segnalando se si sarà accompagnati da persone di famiglia. I titoli delle eventuali comunicazioni dovranno essere notificati al segretario generale non oltre il 1° maggio. La sede della Società è in: via Accademia Albertina 17, Torino.

Conferenze.

Il R. Commissario straordinario dell'Opera Nazionale Maternità ed Infanzia, avv. Sileno Fabbri, ha tenuto, nel salone dell'Istituto Nazionale Fascista di Cultura, una conferenza su « I nuovi orizzonti dell'assistenza alla maternità e infanzia in Italia ». Vi assistevano alte personalità, tra cui il presidente dell'Istituto sen. Gentile, i sen. Brusati, Cossilla, Longhi. Visconti di Modrone, l'on. Castellino, il prof. Ilvento, vice-direttore della Sanità pubblica, i generali Berardi e Boriani, ecc. La conferenza ha ottenuto l'unanime consenso dei numerosi convenuti.

Il prof. Arcangelo Ilvento, vice-direttore generale della Sanità pubblica, ha tenuto presso l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni una conferenza sul tema « Igiene ed assicurazione ». Vi assisteva un denso pubblico di studiosi, che ha valutato appieno l'importanza dell'argomento, trattato dall'oratore con molta chiarezza.

All'Istituto Benito Mussolini.

Il 13 marzo, dietro invito del Presidente del Consiglio di amministrazione della Cassa Nazionale per le Assicurazioni sociali, i Presidenti dei vari Consorzi provinciali antitubercolari, convenuti in Roma, hanno visitato i lavori dell'Ospedale sanatorio « Benito Mussolini » e dell'Istituto Benito Mussolini « Clinica della tubercolosi e delle malattie dell'apparato respiratorio ». L'on. Morelli ha illustrato ai convenuti l'imponente complesso di costruzioni.

Sotto la presidenza dell'ing. Luigi Burgo, si è riunito, presso la Confederazione generale dell'industria italiana, il Consiglio di amministrazione dell'Istituto « Benito Mussolini ».

Approvati i bilanci finanziari presentati dall'on. Ferretti e preso atto del rapporto dei revisori dei conti, che elogia l'accurata amministrazione dell'Istituto, il Consiglio si è trattenuto sulla linea di condotta da adottarsi per la propaganda affinchè l'Istituto « Benito Mussolini », unico del genere in Italia e all'estero, possa sempre meglio rispondere agli alti fini per cui è stato creato.

Alla Scuola di Sanità Militare.

L'anno accademico della Scuola di Applicazione di Sanità Militare di Firenze è stato inaugurato con una cerimonia alla quale hanno presenziato il comandante del Corpo d'Armata generale Graziosi, le rappresentanze delle autorità cittadine, ufficiali generali e superiori. Il direttore, generale Grixoni, ha fatto una lucida relazione sull'opera svolta nell'anno decorso e sul programma che verrà seguito.

Il ten. colonnello medico Manganaro ha poi pronunciato il discorso inaugurale sul tema « La protezione dei malati e dei feriti anteriormente alla convenzione di Ginevra del 1864 ».

Beneficenza.

Il Consiglio di amministrazione della Cassa di Risparmio di Torino, su proposta del suo presidente cav. di gran croce prof. Broglia, ha approvato il bilancio per lo scorso esercizio 1931, che si è chiuso con oltre 21 milioni di utili. Nel contempo ha assegnato oltre 5 milioni in opere di beneficenza e di assistenza, tra cui 710.000 lire per istituzioni ospedaliere, 894.500 lire ad opere di pubblica assistenza.

Il Consiglio di amministrazione del benemerito Ente ha pure approvato per il prossimo 13° anniversario della fondazione dei Fasci e in omaggio al Capo del Governo, l'erogazione straordinaria alle colonie alpine, marine e opere varie assistenziali della Federazione fascista, di 275.000 lire.

Donazioni e lasciti.

Il compianto sig. Renzo Mola fu dott. Pietro, mancato ai vivi in Milano il 28 febbraio, ha legato 300 mila lire a quell'Ospedale Maggiore.

S. E. Lorenzo Sibellini, Primo Presidente della Corte di Cassazione, deceduto circa un mese fa, ha lasciato 70 mila lire per opere benefiche nel suo paese natale, Gorlago (Bergamo), e tra esse L. 60 mila a quella Congregazione di carità.

Manifestazione per i ricoverati d'un sanatorio.

Nel Sanatorio « Umberto I » di Prasomaso, per iniziativa di un gruppo di volenterosi camerati e dopolavoristi, ospiti dello stesso Sanatorio, si è tenuta una simpatica manifestazione a beneficio dei ricoverati. Dopo lo spettacolo si è proceduto all'estrazione di una lotteria.

Corsi accelerati per medici condotti.

Un corso di malariologia, diretto dal prof. G. Bastianelli, avrà luogo dal 9 al 31 maggio, presso la Scuola Superiore di Malariologia e la Stazione sperimentale per la lotta antimalarica. Seguiranno escursioni ad Ostia e Fiumicino ed a Maccarese. Tassa L. 50.

Un corso sulla clinica della tubercolosi, diretto dal prof. E. Morelli, avrà luogo dal 20 aprile al

20 maggio. Saranno ammessi 15 medici a compiere un internato di 12 giorni nel Sanatorio Militare di Anzio, diretto dal prof. F. Bocchetti.

Sono preannunziati altri corsi sulla puericoltura e sulla lotta contro il cancro.

Non si ammettono più di 500 iscritti, ma questi non devono essere meno di 25 perchè i corsi abbiano luogo. Le domande vanno indirizzate al dott. Arnaldo Lusignoli, via Francesco Crispi 10, Roma.

Per la riforma della legislazione infortunistica.

Ha avuto luogo in Roma una riunione della Corporazione del credito e dell'assicurazione, presieduta dall'on. Casalini, sottosegretario alle Finanze. La Corporazione ha esaminato le proposte per la riforma della legislazione sugli infortuni del lavoro, discutendola ampiamente e concretando in un apposito ordine dei giorno il suo punto di vista sui vari aspetti della riforma stessa.

Disposizioni sulla vivisezione.

Una circolare del Ministero dell'Interno (pubblicata sul « Boll. Uff. » del 29 dic. 1931, n. 52) reca istruzioni sull'applicazione della legge 12 giugno 1931, n. 924; dice che il Ministero della Educazione e quello dell'Interno hanno ritenuto « che la inoculazione di germi patogeni rappresenta, nella generalità dei casi, un atto lievemente doloroso, se non del tutto indolore, per cui può essere eseguito senza l'osservanza delle speciali norme sancite dalla nuova legge ».

Denunzia obbligatoria della tubercolosi nel Giappone.

Il Parlamento giapponese ha approvato — con un solo voto di maggioranza — una legge la quale rende obbligatoria per i medici la denunzia della tubercolosi. Essa rende anche obbligatoria, per i comuni, l'assistenza ai tubercolotici. La nuova legge prevede il caso in cui l'internamento in un sanatorio potrà esser fatto d'ufficio.

Cinquantenario della scoperta del bacillo tubercolare.

Come abbiamo annunziato, ricorre in questi giorni il cinquantenario dell'importante scoperta. Tra le molte pubblicazioni eseguite in tale circostanza, un posto speciale occupa l'ultimo fascicolo della « Zeitschrift für Tuberkulose » (vol. 64°, n. 1-2), in cui vari studiosi, di vari Paesi, lumeggiano l'importanza della scoperta. Esso reca anche un artistico ritratto di Koch ed i *fac-simile* di due lettere del grande scienziato.

Per rendere il fascicolo accessibile anche ai non abbonati, esso è stato posto in vendita separatamente, al prezzo di RM 10, ossia circa 50 lire it., dall'editore J. A. Barth, Salomonstrasse 18 B, Leipzig C 1, Germania.

Omaggio al dott. Buizard.

Numerosi colleghi ed amici del dott. Carlo Buizard, segretario generale della Società dei Chirurgi di Parigi, hanno creduto opportuno d'offrirgli, nell'occasione della sua promozione al grado di cavaliere ufficiale della Legiôn d'Onore, ed in segno d'affetto, una medaglia in bronzo.

L'esecuzione della medaglia è stata affidata all'eminente artista Turin, Grande Premio di Roma d'incisione in medaglie.

I membri del Comitato pregano tutti i colleghi di volersi unire a loro e presentare questo omaggio al Buizard.

Ogni sottoscrittore per almeno cento franchi riceverà una copia in bronzo di questa medaglia, copia che sarà coniata alla « Monnaie ».

Le sottoscrizioni dovranno essere indirizzate ai signori: G. Doin et C.ie, éditeurs, place de l'Odéon 8, Paris (6e).

Onoranze a un medico condotto.

Nella cittadina di Villanova Monferrato (Alessandria) si è svolta il 13 marzo una cordiale manifestazione a favore del dott. V. C. Alzona, cui vennero consegnate una medaglia in bronzo per i benemeriti dell'istruzione popolare, conferitagli dal Ministero dell'Educazione Naz., ed una medaglia d'oro offertagli dalla popolazione per compiuto trentennio di servizio professionale encomiabilissimo. Il dott. A. Lusignoli tenne un discorso di circostanza.

Commemorazione del prof. Fede.

Il 26 febbraio venne commemorato, nella Clinica Pediatrica di Napoli, il centenario della nascista di Francesco Fede, fondatore della pediatria a Napoli. L'attuale titolare della Clinica, l'illustre prof. Rocco Jemma, pronunziò un'elevata orazione.

Morte di un filantropo.

Ha posto volontariamente fine alla sua vita il sig. Giorgio Eastman, direttore generale della Compagnia Kodak, considerato uno degli uomini più ricchi del mondo. Nell'ultimo ventennio aveva elargito più di 70 milioni di dollari (un miliardo e mezzo di lire it.) per opere filantropiche. Di recente aveva stanziato forti somme per la fondazione di grandi Istituti odontoiatrici, fra cui uno a Roma.

Apprendiamo che poco prima di abbandonare l'esistenza aveva stabilito di offrire al nostro Duce la somma di un milione di dollari, per un Istituto oftalmologico da fondare a Roma.

Falso medico.

È stato arrestato a Milano lo pseudo dott. Camillo Lanzillotta, di 30 anni, da Castellana (Bari), il quale ha avuto una vita avventurosa e rocambolesca; un diploma falsificato di laurea in medicina gli ha permesso di prestare servizio come ufficiale medico e di compiere un gran numero di cure e d'interventi operativi.

In età di 57 anni si è spento a Berlino il prof. ERNEST FRIEDBERGER, direttore dell'Istituto di Dahlem per gli studi sull'immunità. Fu allievo di Pfeiffer; è ben noto per gli studi sulle malattie infettive, sui processi immunitari e sull'alimentazione.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Sperimentale, 12 dic. — E. Puxeddu. Lipemia nei vecchi normali e arteriosclerotici. — A. Bruni. Influenze dell'avvelenam. da fumo di tabacco sulla fagocitosi.

Sang, 6. — V. Jedlicka e J. Kral. L'emoglobinuria parossistica « a frigore ».

Wien. Klin. Woch., 18 dic. — E. Schiephake. Terapia con onde elettriche corte.

Gazz. d. Osp. e d. Cl., 13 dic. — G. Hanau. Emiplegie transitorie da nicotina.

Journ. A. M. A., 5 dic. — L. H. Newburg. Cause dell'obesità. — E. O. Jordan. « Avvelenam. » alimentare da stafilococchi.

Studium, 1 dic. — G. B. Cacciapuoti. Sindromi cerebrali da fulminazione.

Presse Méd., 19 dic. — A. Feil. Amiantosi professionale.

Giorn. Med. Mil., nov. — A. Lustig. Trattamento medicamentoso antipiretico.

Difesa Soc., nov. — G. Sangiorgi. L'igiene moderna e i suoi riflessi nella vita.

Journ. Trop. Med. a. Hyg., dic. — C. Lane. Case e malaria.

Med. Klinik, 24 dic. — R. Salus. Arteriosclerosi, ipertensione, nefrite. — A. Woldrich. Epatoterapia parenterale.

Lancet, 26 dic. — A. E. Russell. Sofferenza addominale. — S. Davidson. La vitamina B nell'anemia.

Deut. Med. Woch., 25 dic. — Siebeck. Fisiopatologia e clinica. — Bihler. Epidemiologia dell'influenza.

Proc. R. Soc. Med., dic. — Discussioni sulla febbre glandolare, le indicazioni al parto prematuro, l'anestesia per la diatermia e per l'endoscopia. — Casistica.

Rif. Med., 21 dic. — G. Giordanegro. Valutazione della resistenza dell'operando.

Med. Ibera, 19 dic. — B. Pérez Velasco e J. A. Maurolagoria y Unda. La colesterina in gravidanza, parto, puerperio e nel neonato.

Wien. Klin. Woch., 25 dic. — Spiegel-Adolf. Azione delle onde ultra-corte sulle proteine.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 dic. — Numero sull'anatomia patologica.

Münch. Med. Woch., 25 dic. — Prüfer, Halberstädter. Irradioterapia del morbo di Basedow. — Klinke e Heusel. Sierodiagnosi della tbc. attiva.

Pathologica, 15 dic. — M. Bergonzi e V. Pelagatti. Tumori della ipofisi cerebrale. — G. Guassardo. Etio-patogenesi della malattia di Heine-Medin.

Bull. Méd., 26 dic. — Numero sul fegato.

Presse Méd., 30 dic. — A. Cade e al. Accidenti di sensibilizzazione all'insulina.

Arch. It. di Chir., 5. — C. Leo. Emostasi preventiva. — L. Durante. Resezione dei muscoli scaleni e del nervo respiratorio nella tbc. polm.

Indice alfabetico per materie.

C. Frugoni, Red. capo. A. Pozzi, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XXXIX Roma, 4 Aprile 1932 - X Num. 14

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

Istituto di Clinica Medica della R. Università di Roma.

Direttore inc.: Prof. S. SILVESTRI.

Il comportamento del tasso glicemico consecutivo all'ingestione di sostanza ricca di proteine

per il dott. SERAFINO MANCA.

È noto come le sostanze proteiche sono corpi a peso molecolare molto elevato, che contengono sempre, oltre carbonio, idrogeno e ossigeno, anche azoto e spesso pure zolfo.

Nelle proteine molto purificate si trovano inoltre ceneri (sali minerali).

Ad opera dei fermenti gastro-pancreatico ed intestinale, le proteine introdotte con gli alimenti vengono scisse successivamente in albumose, peptoni e aminoacidi, i quali ultimi, assorbiti dalla parete intestinale, passano nel sangue.

Risultano dunque le sostanze proteiche dalla concatenazione di un numero più o meno grande di aminoacidi. Si è riusciti a scomporre tutte le proteine in una ventina di aminoacidi. Questi sono acidi organici, costituiti da due gruppi caratteristici: il gruppo carbossilico (— COOH) e il gruppo aminico (— NH_2).

Si riteneva una volta che tutti gli aminoacidi, penetrati nel sangue, fossero esclusivamente devoluti alla ricostruzione del protoplasma cellulare. Si sa oggi, per merito dei fisiologi, che semplicemente una parte di essi entra a far parte delle proteine vive e che il resto, in seguito a disintegrazione, è invece consumato come combustibile, permettendo così l'uso di aminoacidi a scopi energetici.

Da ciò se ne deduce che la funzione degli aminoacidi è duplice: 1° una funzione plastica e 2° una funzione dinamogena; da una parte cioè la ricostruzione cellulare, man mano che le cellule vengono usurate delle loro proteine, e da un'altra parte l'apporto di energia, in quanto che possono venire bruciati come i grassi e gli zuccheri.

I processi di disintegrazione a cui vanno incontro gli aminoacidi sono principalmente la desaminazione, cioè il distacco del gruppo NH_2, sotto forma di ammoniaca, e la decarbossilazione, cioè il distacco di CO_2: il risultato è la formazione di un acido grasso, con un atomo di C di meno dell'aminoacido originario.

Gli acidi grassi desaminati, nonchè i chetoacidi e i chetoaldeidi, che man mano si formano, seguono un destino simile a quello che si ha dalla demolizione dei grassi e dei carboidrati.

A seconda del destino dei loro ultimi prodotti di scissione possiamo dividere gli aminoacidi in tre grandi gruppi: 1° un gruppo a cui diamo il nome di aminoacidi chetogeni, perchè dalla demolizione di essi si arriva all'acido acetoacetico, il quale per scissione può dar origine agli altri corpi acetonici: la leucina, la fenilalanina e la tirossina; 2° un gruppo di aminoacidi che sono glicogenetici, perchè aumentano la formazione ed eliminazione di glucosio nell'organismo diabetico e nel cane florizinato: essi passano cioè nella loro disintegrazione per la via di certi chetoacidi, come l'acido piruvico, capaci di entrare nel ciclo dei carboidrati. Questi aminoacidi, essendo generatori di zucchero, sono antichetonici.

Infine sembra ci sia un terzo gruppo, a cui appartengono il triptofano e la lisina, di cui però non si conoscono ancora le vie di demolizione.

*
* *

Da quanto si è succintamente detto, risulta adunque che anche dalle proteine, oltre che dagli idrati di carbonio e dai grassi, può originarsi una certa percentuale di glucosio e di glicogeno.

Questo fatto è stato dimostrato sperimentalmente da Pflugër e Yunkersdoff, i quali avendo impoverito al massimo del suo glicogeno, col digiuno e con la florizina, il fegato di un cane, lo poterono nuovamente arricchire di tale sostanza nutrendolo abbondantemente con sole proteine.

Ciaccio e Racchiusa, sperimentando su animali tenuti a digiuno, hanno notato, dopo un pasto ricco di proteine, netta e costante iperglicemia, la quale, generalmente, raggiungeva il massimo dopo tre ore dall'ingestione del cibo e poi decresceva lentamente, riportandosi verso i valori normali. Essi hanno inoltre riscontrato nei cani evidente iperglicemia dopo somministrazione orale di acido cloridrico e in seguito al pasto psichico, per cui hanno concluso che l'iperglicemia da proteine è determinata essenzialmente dall'acido cloridrico secreto dalla mucosa gastrica.

G. Martino, in base a ricerche sperimentali, rilevò l'esistenza di una particolare sostanza iperglicemizzante nel succo pancreatico, la quale accumulandosi durante il digiuno nel pancreas, si verserebbe poi nell'intestino, da dove verrebbe assorbita, passando in circolo. L'autore ritenne che tale sostanza fosse l'elemento determinante dell'iperglicemia da lui notata nel cane a digiuno dopo somministrazione di sostanze ricche di proteine.

Successivamente Racchiusa, sperimentando pure su cani, nei quali determinò in alcuni la pancreasectomia totale e in altri la pancreasectomia parziale, venne alla conclusione che l'iperglicemia da proteine non è in rapporto essenziale con la secrezione pancreatica ritrovata dal Martino, ma, come aveva sostenuto nelle sue ricerche precedenti, con l'acido cloridrico dello stomaco, di cui ancora non si conosce il vero meccanismo d'azione.

Partendo da queste premesse noi abbiamo voluto indagare il comportamento del tasso glicemico nell' uomo dopo somministrazione di sostanze ricche di proteine.

E queste nostre ricerche hanno avuto il punto di partenza inspirandosi a considerazioni pratiche. Abbiamo cioè cercato di vedere se, esistendo veramente una netta variazione nel tasso glicemico con le proteine, si potessero, nella glicemia sperimentale, sostituire al glucosio sostanze ricche di proteine, evitando così parecchie ore di digiuno ai soggetti, nei quali si vuole praticare tale prova.

Le esperienze le abbiamo praticate al mattino su 30 individui ricoverati in Clinica, tenuti a digiuno dalla sera precedente.

Come sostanza, ricca di proteine, ci siamo serviti della carne magra di manzo nella quantità di gr. 100 su 20 casi e di gr. 200 su 10 casi.

Nello stesso individuo abbiamo determinato il comportamento della curva glicemica, prima con la somministrazione di gr. 20 di glucosio e poi, dopo tre-quattro giorni, dietro somministrazione della carne. E questo per vedere se e quali eventuali differenze di risultati potessero esistere fra le due diverse sostanze.

Come metodo di dosaggio è stato adoperato il 2° micrometodo di Bang, in uso nella nostra Clinica.

Riportiamo nella tabella che segue i risultati ottenuti.

Tasso glicemico in. g. ‰.

Casi	Sostanza	A digiuno	Dopo 1/2 ora	Dopo 1 ora	Dopo 2 ore	Dopo 3 ore	Dopo 4 ore
1°	Glucosio gr. 20	0,96	1,42	1,38	1,05	0,96	0,96
	Carne gr. 100	0,98	0,96	0,98	1,02	1,04	0,96
2°	id. »	0,78	1,10	1,32	0,84	0,76	0,78
		0,76	0,76	0,74	0,88	0,80	0,74
3°	id. »	0,84	1,20	1,45	0,80	0,82	0,86
		0,84	0,84	0,86	0,88	0,88	0,86
4°	id. »	0,92	1,48	1,34	0,90	0,92	0,94
		0,92	0,92	0,94	0,98	0,98	0,90
5°	id. »	0,80	1,52	1,43	1,02	0,78	0,84
		0,76	0,78	0,78	0,86	0,78	0,76
6°	id. »	0,98	1,60	1,44	0,94	0,96	0,98
		0,98	0,98	1,06	1,04	0,98	0,98
7°	id. »	0,76	1,28	1,34	0,74	0,78	0,78
		0,74	0,76	0,74	0,74	0,74	0,76
8°	id. »	0,86	1,56	1,43	0,92	0,84	0.85
		0,90	0,88	0,86	0,88	0,94	0,92
9°	id. »	0,94	1,38	1,26	0.92	0,92	0,96
		0,94	0,92	0,92	1,04	1,02	0,96
10°	id. »	0,70	1,12	1,28	0,72	0,74	0,68
		0,72	0,70	0,72	0,72	0,86	0,72
11°	id. »	0,88	1,44	1,28	0,86	0,88	0,88
		0,90	0,90	0,94	1,02	0,98	0,90
12°	id. »	0,92	1,44	1,16	0,90	0,90	0,90
		0,92	0,90	0,92	0,96	0,96	0,94
13°	id. »	0,98	1,52	1,40	0,94	0,96	0,96
		0,98	0,98	0,96	1,02	1,08	0,96
14°	id. »	0,84	1,33	1,24	0,80	0,80	0,86
		0,82	0,80	0,82	0,86	0,90	0,82
15°	id. »	0,92	1,42	1,50	0,96	0,90	0,92
		0,90	0,92	0,90	0,92	0,90	0,90
16°	id. »	0,90	1,60	1,48	0,88	0,92	0,90
		0,88	0,90	0,86	0,86	0,98	0,90
17°	id. »	0,82	1,38	1,26	0,84	0,80	0,82
		0,84	0,84	0,86	0,94	0,82	0,86
18°	Glucosio gr. 20	0,96	1,48	1,40	0,94	0,94	0,96
	Carne gr. 100	0,96	0,98	0,96	1,02	1,06	0,94
19°	id. »	0,90	1,56	1,42	0,88	0,90	0,90
		0,88	0,86	0,86	0,92	0,96	0,88
20°	id. »	0,78	1,34	1,48	0,80	0,80	0,78
		0,78	0,78	0,78	0,80	0,90	0,82
21°	Glucosio gr. 20	0,88	1,34	1,40	1,02	0,92	0,90
	Carne gr. 200	0,88	0,88	0,96	1,03	1,03	0,94
22°	id. »	0,92	1,44	1,38	0,92	0,92	0,92
		0,90	0,92	0,90	1,04	0,98	0,90
23°	id. »	0,89	1,32	1,54	0,90	0,88	0,88
		0,90	0,90	0,89	0,96	0,98	0,92
24°	id. »	0,82	1,46	1,24	0,90	0,84	0,82
		0,82	0,82	0,86	0,86	0,98	0,82
25°	id. »	0,96	1,28	1,42	0,94	0,94	0,96
		0,98	0,98	1,02	1,08	1,06	0,98
26°	Glucosio gr. 20	0,84	1,24	1,36	0,90	0,82	0,84
	Carne gr. 200	0,84	0,82	0,84	0,98	1,04	0,86
27°	id. »	0,92	1,28	1,46	0,98	0,98	0,94
		0,90	0,88	0,92	0,96	1,02	0,92
28°	id. »	0,86	1,42	1,40	1,02	0,84	0,84
		0,84	0,86	0,94	0,88	0,96	0,84
29°	id. »	0,90	0,28	1,54	0,92	0,92	0,94
		0,88	0,92	0,88	0,90	1,04	0,90
30°	id. »	0,96	1,34	1,48	0,98	0,98	0,98
		0,96	0,96	0,98	1,06	1,02	0,98

Come è stato detto e come risulta dalla tabella, le nostre osservazioni si estendono a 30 casi, nei quali abbiamo studiato il comportamento del tasso glicemico col glucosio (gr. 20) e con sostanza ricca di proteine, servendoci della carne magra di manzo, nella quantità di gr. 100 in 20 casi e di gr. 200 in 10 casi.

Considerando i risultati ottenuti si nota che la curva glicemica assume un andamento nettamente diverso dopo l'ingestione del glucosio e dopo l'ingestione della carne.

Difatti col glucosio abbiamo riscontrato una glicemia, che sin dalla prima mezz'ora si eleva notevolmente, per raggiungere il massimo dopo 1/2-1 ora e poi ridiscende, piuttosto bruscamente, riportandosi in breve alla norma.

Dopo somministrazione di 100 gr. di carne abbiamo invece constatato una glicemia che presso a poco si è mantenuta nei limiti normali e non ha dato luogo a variazioni apprezzabili.

Anche nei 10 casi in cui si somministrò gr. 200 di carne le oscillazioni del tasso glicemico sono state molto lievi e sebbene siasi quasi sempre riscontrato un modico aumento della glicemia, è da notare che questa non ha mai raggiunto cifre elevate e degne di speciale considerazione.

RIASSUNTO.

L'A. ha studiato il comportamento del tasso glicemico nell'uomo previa somministrazione di sostanza ricca di proteine.

BIBLIOGRAFIA.

1) Ceconi. *Malattie del ricambio.* — Ediz. Minerva Med., 1928.
2) Ciaccio e Racchiusa. *Sul comportamento del tasso glicemico nel periodo digestivo e sui*

fattori che lo determinano. — Bollett. della Soc. it. di Biol. Sper., I, 51, 1926.
3) MARTINO. *Sui rapporti tra glicemia digestiva e funzione pancreatica.* — Ibid., II, 1927.
4) PFLÜGER e YUNKERDORF. Riportati da CECONI nel suddetto Trattato.
5) RACCHIUSA. *Influenza del pancreas sull'iperglicemia da proteine e da acido cloridrico.* — Bollett. della Soc. it. di Biol. Sper., pag. 101, 1928.
6) RONDONI. *Elementi di Biochimica.* — Un. Tip. Editr. Tor., 1925.

NOTE E CONTRIBUTI.

Istituto di Clinica Chirurgica della R. Università di Napoli.
Direttore: Sen. Prof. G. PASCALE

Contributo clinico alla chirurgia riparatrice dei tendini e dei nervi della mano. (*)

Dott. ALFONSO GIOVANNI CHIARIELLO,
assistente e docente.

I risultati discordi ottenuti dai diversi chirurgi che si sono occupati della chirurgia riparatrice dei tendini e dei nervi della mano giustificano la diversità di opinioni che ancora attualmente domina questo capitolo della chirurgia.

Tale discordanza esiste di già per la condotta da seguire nella riparazione delle ferite dei soli tendini, in quanto che i risultati differiscono non solo se si tratta di lesioni uniche o multiple, ma sopratutto secondo la sede in cui è avvenuta la lesione e se si tratta di tendini estensori o di tendini flessori.

Scorrendo infatti le principali statistiche al riguardo, si osserva che in quella del Dübs (1919) si è avuta una percentuale del 50 % di buoni risultati per gli estensori e del 10 % per i flessori; quella di Lier (1921) registra il 61 % di buoni risultati per gli estensori e il 38 % per i flessori; il Salomon (Clinica di Bier 1922) dà le seguenti cifre: 85 % per i primi e 20 % per i secondi, mentre il Lang (1923) dà rispettivamente il 76 ed il 62 %.

Nello stesso anno Fust, della scuola di Eiselsberg dà una percentuale del 90 % per gli estensori e del 62 % per i flessori, mentre nel 1926 quella di Närvi dà le cifre di 70 e 17 %. La statistica più completa e recente è quella di Bloch e Bonnet, relatori al 38° Congresso di chirurgia francese del 1929. Essi dànno una percentuale dell'81 % di buoni risultati per gli estensori e del 53 % per i flessori. Queste statistiche riguardano soltanto i risultati ottenuti con le suture primitive, perchè statistiche degli stessi Autori sui risultati ottenuti con le suture secondarie dànno una percentuale maggiore di cattivi risultati. Come abbiamo visto, i risultati sono sensibilmente diversi, secondo che si tratta di tendini flessori e di tendini estensori. Ma le differenze più sensibili si osservano secondo la sede in cui i suddetti tendini sono stati sezionati. Difatti, per quanto riguarda gli estensori, mentre all'avambraccio, al polso ed a livello dei metacarpi si hanno in genere risultati eccellenti, questi sono non sempre buoni a livello delle articolazioni metacarpo-falangee, meno buoni ancora a livello della prima falange, mentre i risultati sono in genere cattivi in corrispondenza della seconda e terza falange.

Maggiori differenze si osservano ancora per le ferite dei tendini flessori. All'avambraccio i risultati sono in genere buoni, sebbene non tutti gli autori siano d'accordo su questa opinione. Bloch e Bonnet però registrano, per le lesioni a questo livello l'82 % di buoni risultati, il 6 % di mediocri, ed il 12 % di cattivi. La rigidità invece del canale carpico, e le possibili aderenze con questo rendono le lesioni dei tendini a questo livello meno buone nei loro risultati. Le lesioni del palmo della mano sono variamente giudicate dagli autori. Indubbiamente un intervento praticato sul palmo della mano, spesso a grande profondità ed in vicinanza degli archi vasali può riuscire indaginoso e rendere aleatorio il successo, ma le statistiche in genere non sono cattive perchè variano da una percentuale del 40 % di buoni risultati nella statistica di Salomon, al 54 % in quella di Bloch e Bonnet ed all'85 % in quella di Garbock.

Tutti gli autori sono invece d'accordo nel ritenere che i risultati delle suture dei tendini flessori a livello delle dita sono addirittura disastrosi, tanto che spesso di fronte al disturbo che alla funzione della mano arreca il dito in cattiva posizione si è ricorso all'amputazione di questo. Tutte le statistiche infatti registrano solo pochi casi di risultati mediocri, e quella di Bloch e Bonnet, che si riferisce a 44 casi, registra solo 7 casi appena passabili.

Nè la sutura secondaria ha dato migliori risultati, in quanto che solo pochissimi autori registrano dei risultati discreti con tale tecnica. E' stato proposto da alcuni, ed anche Bier è della stessa opinione, di rinunziare a qualsiasi intervento in questi casi.

L'esperienza clinica infatti ha dimostrato che seguendo tale pratica si può avere un miglioramento sensibile, in quanto che, specie

(*) Comunicazione alla Reale Accademia Medico-Chirurgica di Napoli nella seduta del 27 giugno 1931.

se non si tratta di dita capo-fila, le altre dita possono trascinare anche il dito leso nei loro movimenti. Il cattivo risultato operatorio peggiorerebbe in ogni caso la funzionalità del dito, in quanto che, mentre senza intervento l'infermo può estendere il dito, e fletterlo passivamente, dopo l'intervento la cicatrice disposta lungo l'asse del dito, fissa questo e ne rende impossibile il movimento.

Un posto a parte hanno le suture dei tendini sia estensori che flessori del primo dito. Per i primi dirò che, secondo le statistiche di Bloch e Bonnet, le suture a livello del primo metacarpo dànno buoni risultati nella proporzione del 79 %. Per i flessori poi, i risultati sono meno buoni, perchè anche quando la sutura riesce bene, la flessione si trova un po' limitata, sia per l'apertura dell'articolazione, sia per l'aderenza della sutura con lo scheletro o coi tegumenti.

Per il lungo flessore del pollice la sutura dà in genere ottimi risultati nelle sezioni palmari di esso, mentre in corrispondenza delle dita i risultati sono per lo più sfavorevoli, a causa delle aderenze che si vengono a stabilire.

Come si è visto da questa rapida disamina, la chirurgia dei tendini è lungi dal dare risultati costanti, ciò che spiega il moltiplicarsi delle tecniche operative proposte e la preferenza che diversi dànno alla sutura secondaria, anche se i risultati di questa non siano poi in fondo migliori di quelli della sutura primitiva.

Le cause degli insuccessi operatori possono essere molteplici. Noi riterremo solamente quelle dovute ad infezione del focolaio operatorio e ad aderenze.

Nei riguardi della prima dirò che, secondo la mia esperienza al riguardo, si è un po' esagerato, in quanto che è meno frequente di quel che si pensi, e d'altra parte un'infezione non porta necessariamente ad una disunione dei capi suturati.

Sedillot, Wolter, Salomone sono di questa opinione; dei casi operati da Müller in cui si ebbe suppurazione, nel 45 % di essi si ebbe, ad onta di ciò, risultato funzionale soddisfacente per quelli operati primitivamente e nel 33 % per quelli operati secondariamente. Il caso riferito da Fiolle è molto dimostrativo: recisione degli estensori delle due ultime dita all'unione del metacarpo e delle falangi. Impotenza totale. Sutura con il filo di lino e chiusura completa. Intervento dopo 16 ore. Flemmone della mano divenuta enorme, con temperatura a 39. Disunione della pelle per fare uscire il pus, eliminazione di un filo. Malgrado questi incidenti la cicatrizzazione era completa al termine di un mese, con ricupero integrale dei movimenti di estensione.

Le aderenze invece costituiscono una complicanza molto più frequente e più seria se si pensa che nella statistica di Närvi le aderenze sono nella proporzione del 72 % come causa d'insuccesso.

La infinità di proposte avanzate per evitarle sta a dimostrare da una parte l'importanza che tale complicanza ha nel ripristino funzionale della mano, d'altra parte l'incertezza che regna sul miglior metodo da seguire.

Circa la tecnica da seguire accennerò soltanto i molteplici metodi di sutura che sono stati preconizzati dai diversi autori.

Ricordo a tal proposito le tecniche di Le Fort, Wölfler, Süter, Truka, Schwartz, Gangolphe, Haegler, v. Eiselsberg, Lier, Wilms, Dreyer, Lange, ecc.

Quello consigliato da Cunéo, e seguito dalla maggioranza degli autori francesi, è indubbiamente buono perchè è relativamente meno traumatizzante e realizza un buon affrontamento dei capi sezionati.

Degli innesti di tendini, di cui non ho pratica personale, dirò soltanto che attualmente si dà maggiore preferenza, per i migliori risultati che essi hanno dato, a quelli di natura morta che a quelli viventi, in quanto che i primi vanno meno facilmente soggetti ad infezione e perchè più facilmente se ne può regolare il calibro e la lunghezza.

***

Le divergenze che regnano in questo campo mi hanno indotto a studiare ed a seguire alcuni casi di chirurgia riparatrice dei tendini.

Si tratta sempre d'interventi di urgenza, chirurgia perciò di pronto soccorso. Sebbene operati ad intervallo vario di tempo, si è tenuto il criterio di tentare la sutura primitiva in ogni caso anche quando erano trascorse molte ore.

I criteri generali da cui sono stato guidato nell'intervento sono stati i seguenti.

Anzitutto il ricordo anatomico preciso della regione, e, se possibile, cercare di stabilire in anticipo quali lesioni si potranno riscontrare.

Asepsi accurata della regione e delle zone limitrofe: nel nostro caso quindi l'asepsi del campo operatorio viene estesa dalle unghie al gomito. I risultati ottimi che sotto questo punto di vista si sono ottenuti in ogni caso mi autorizzano a dire che se occorre osservare

una scrupolosa asepsi in ogni tempo dello intervento, non bisogna rinunciare all'intervento stesso e rimandarlo ad un secondo momento se non si ha a disposizione una completa e moderna camera operatoria, perfettamente attrezzata, un personale assistente numeroso, strumentario speciale.

Tutti gl'interventi che qui riferisco sono stati eseguiti sempre in una sala di pronto soccorso, senza alcun assistente, con i comuni strumenti di chirurgia.

Circa l'anestesia, la maggioranza degli autori: Bunnel, Taylor, Cunéo, Bloch e Bonnet consigliano l'anestesia generale, perchè si evitano ulteriori traumatismi della regione, movimenti involontari ecc.; nei nostri casi invece ho sempre usata l'anestesia locale con novocaina al 0,50 %, senza che avessimo a riscontrare alcun inconveniente. Nè d'altra parte è stata mai usata la banda di Esmarch. Se si pensa infatti che questi interventi debbono essere praticati con la più grande calma e tranquillità, che sono spesse volte di lunga durata, è ovvio immaginare quali inconvenienti possa dar luogo una ischemia prolungata, come il disseccamento dei tendini, retrazione ischemica ecc.

La tecnica generale dell'intervento è stata, in ogni caso, di sbrigliare il campo in modo da poter dominare la zona operatoria: penso che vale più tagliare fin dal primo momento un po' generosamente la cute se questo può facilitare la ricerca, piuttosto che accanirsi nel ristretto campo della ferita, o sbrigliarla a poco a poco e disordinatamente man mano che ne sorga la necessità.

Occorre, dopo, fare l'inventario delle lesioni, andando con metodo e con pazienza alla ricerca dei capi recisi. Non starò qui a riferire i criteri da cui bisogna lasciarsi guidare per la ricerca dei singoli capi recisi, perchè sono cose note: dirò soltanto che nel caso di minimo dubbio bisogna risalire in alto ed orientarsi su quello che ci si accinge a suturare. Non pochi sono i casi descritti nella letteratura, in cui è stato suturato il capo prossimale di un tendine con il capo distale di un nervo. Circa il materiale di sutura sono stati usati diversi mezzi: catgut, catgut cromato, seta, filo di lino, crini di Firenze, filo di bronzo alluminato (Delagenière), ecc.

Nei nostri casi è stato usato solo il catgut semplice 0 o 1, senza registrare alcun inconveniente.

Già precedentemente ho ricordato quanti fossero i metodi consigliati per la sutura dei capi tendinei recisi. Penso che talvolta tutte le manipolazioni che tecniche troppo complicate consigliano possono nuocere piuttosto che giovare al processo di riparazione, per cui nei nostri ammalati ho sempre seguito la più semplice delle tecniche: passaggio trasversale del filo nel capo prossimale, identico passaggio dello stesso filo nel capo distale in modo da aversi un'ansa ad U e indi annodamento, cercando di ottenere il combaciamento il più perfetto possibile dei capi sezionati. Ricostruzione accurata con catgut della guaina peritendinea.

A tal proposito aggiungerò che tale semplice pratica nei nostri casi è stata sempre più che sufficiente. Non sono stati mai praticati i molteplici mezzi consigliati: avvolgimento dei due capi in membrana peritoneale, sacco erniario, aponevrosi, lamina di caoutchouc, applicazioni locali di sostanze oleose, di collargolo, di olio di paraffina, pezzo di vena in cui sono state introdotte le due estremità dei tendini recisi e suturate, come ha praticato in qualche caso Rottenstein con successo.

Lavaggio con etere del campo operatorio. Chiusura completa senza mai drenaggio, di qualsiasi genere.

In tutti i casi si è avuta sempre la guarigione operatoria per prima intenzione; le agraphes sono state tolte in quinta giornata.

L'arto veniva fasciato in maniera che i tendini suturati non fossero in uno stato di tensione, la mobilizzazione veniva iniziata solo verso il 10° giorno, per essere poi intensificata gradualmente.

Dei molteplici casi operati secondo questi criteri riferisco brevemente su 9 casi di lesioni tendinee, essendo stati questi seguiti anche a distanza di mesi.

CASO I. — R. M., da Napoli. *Lesione del grande palmare e del cubitale anteriore della mano sinistra.* Guarigione per primam. Dopo un mese tutti i movimenti della mano e di questa sull'antibraccio erano compiuti senza alcuna difficoltà.

CASO II. — G. S., da Piscinola. *Lesione dei tendini dell'estensore comune delle dita e dell'estensore proprio dell'indice sul dorso della mano destra.* Guarigione per primam. Dopo poco più di un mese i movimenti di flessione ed estensione delle dita si compivano facilmente. Rivisto a distanza di più mesi, l'infermo aveva riacquistato completamente la funzionalità della mano.

CASO III. — D. D'A., da Auletta. *Lesione identica alla precedente sul dorso mano destra.* Guarigione per primam e ripristino funzionale perfetto.

CASO IV. — F. F., da Napoli. *Recisione dell'estensore proprio dell'indice e del lungo estensore del pollice sul dorso della mano sinistra.* Guarigione per primam. Ripristino completo dei movimenti delle dita.

CASO V. — R. M., da Ottaiano. *Recisione dei tendini del grande palmare e del flessore comune superficiale delle dita in corrispondenza del polso.* Guarigione per primam e ripresa funzionale completa delle dita.

CASO VI. — A. C., da Napoli. *Recisione al polso del grande palmare e del flessore comune superficiale delle dita.* La ricerca dei capi distali di quest'ultimo muscolo fu un po' indaginosa, poichè la sezione era molto bassa, tanto da interessare anche un po' il legamento anulare del carpo. Fu necessario intaccare un po' questo ligamento, ma non tagliarlo completamente. Ricostruzione accurata di questo alla fine dell'intervento. Guarigione per primam. Ripristino funzionale completo delle dita.

CASO VII. — B. F., da Napoli. Sezione trasversale *nel palmo della mano destra*, che andava quasi da un bordo all'altro di essa. Nel dubbio che un'incisione palmare interna od esterna, secondo le tecniche classiche potesse far sfuggire qualche lesione si preferì la incisione palmare mediana. *Due tendini del flessore comune superficiale erano sezionati.* Essi vengono suturati e si ricostruiscono accuratamente i piani sovrastanti. Chiusura senza alcun drenaggio, come sempre. La mano si tumefece molto nei primi giorni, poi andò man mano riducendosi di volume. Si ottenne una guarigione per primam e ripresa funzionale perfetta dei movimenti delle dita.

CASO VIII. — A. A., di nazionalità svedese, di anni 3. Taglio obliquo nel *palmo della mano* poco al disotto del ligamento anulare. Incisione palmare mediana. Si scopre dopo qualche difficoltà il *piccolo tendine del flessore comune superficiale corrispondente al dito medio.* Si esegue la sutura dei due capi, seguendo la tecnica solita. Si ebbe guarigione per primam, ma rivisto fino ad un mese e mezzo di distanza dal trauma, i movimenti del medio non avevano ripreso la loro completa estensione, in quanto che il movimento di flessione della seconda falange sulla prima era indeciso. Trattavasi in questo caso di un bambino da cui era difficile ottenere movimenti precisi. Non si sono potute avere più notizie.

CASO IX. — E. F., da Napoli. Sezione trasversale dei comuni tegumenti della *faccia palmare della prima falange, quasi in corrispondenza della prima articolazione interfalangea.* Si riscontra sezione dei due flessori che vengono suturati. In questo caso si è avuta la guarigione per primam, il dito riesce a flettersi, ma il risultato non è in fondo soddisfacente, in quanto che si è formato un cordone cicatriziale diretto secondo il maggiore asse del dito aderente ai piani sottostanti che limita i movimenti di flessione delle articolazioni interfalangee.

Se complesso è il problema della chirurgia riparatrice dei tendini, esso è ancora più complesso nei casi in cui si hanno lesioni tendinee multiple miste a lesioni nervose.

I casi descritti nella letteratura sono pochi, mentre è noto come tale evenienza sia tutt'altro che rara. Sono sopratutto riportati i casi in cui si è avuto un risultato buono, anche se parziale, mentre i casi seguiti da insuccesso, che sono i più, sono raramente riportati.

Gujot riferisce un bel caso di sezione di tutti i flessori del polso, esclusi quelli del pollice, e dei nervi cubitale e mediano; con guarigione perfetta e con ricupero completo della sensibilità e della funzionalità. In un caso pressochè simile di Leonte, furono necessari due interventi a 7 mesi di distanza l'uno dall'altro per poter avere finalmente un buon risultato.

Bonnet, che ha una grande competenza in materia, ha ultimamente comunicato insieme con Pollosson alla Società di Chirurgia di Lione un caso di sezione di quasi tutti i flessori del polso, del nervo cubitale e dell'arteria cubitale. Se si pensa che questi autori si dichiarano fieri del risultato ottenuto per la sua eccezionale perfezione, quando persiste invece la paralisi del cubitale, messo in evidenza, fra l'altro, dall'atrofia dell'adduttore e dal divaricamento delle due ultime dita per paralisi degli interossei, non può non riconoscersi quanto sia ritenuto raro dai chirurgi un successo operatorio completo in lesioni così complesse. Gli stessi chirurgi aggiungono che si comprende benissimo perchè in tali casi non si abbia il coraggio d'intraprendere una riparazione tendinea metodica, laboriosa, piena d'incognite durante l'identificazione dei capi ed effettuata con il rischio di una infezione della guaina sinoviale.

Ciò che spiega perchè in tali casi Vallas abbia proposto di contentarsi di suturare le labbra della guaina sinoviale e di abbandonare i tendini ad una riparazione spontanea, favoriti dalla flessione forzata della mano e delle dita. Si potrebbero ottenere così, dopo un lungo periodo, dei risultati di cui ci si potrebbe contentare.

Sumner L. Koch, che nel febbraio di questo anno ha dedicato un lungo articolo alla cura immediata delle lesioni della mano, non esita a dichiarare che nelle lesioni del mediano e del cubitale miste a quelle di molti tendini la sutura immediata non trova alcuna giustificazione.

Il caso che ci occupa riguarda un bambino di 5 anni, che presentava una ferita trasversale alla regione anteriore del polso di destra dovuta ad un frammento di vetro. In anestesia locale al 0,50 % di novocaina praticai uno sbrigliamento lungo l'asse mediano dell'avambraccio e cominciai a fare l'inventario delle lesioni. Si dovette anzitutto praticare l'allacciatura della cubitale anteriore, sezionata;

poi si ricercarono i capi prossimali e distali dei tendini recisi: grande palmare, piccolo palmare, flessore comune superficiale delle dita, cubitale anteriore.

Per la ricerca dei capi distali la cosa fu relativamente facile, utilizzando la flessione forzata della mano; per quelli prossimali si cercò di evitare il più possibile l'apertura della loro guaina cercando di afferrarne l'estremità con un Kocher introdotto nella guaina stessa. Furono suturati infine il nervo mediano e il nervo cubitale anch'essi sezionati. Tutte queste suture furono praticate con un filo di catgut fatto passare, come ho già detto precedentemente, prima nel capo prossimale e poi nel capo distale, in modo da formare un U, cercando di affrontare il meglio possibile le due superfici di sezioni, ed arrecando loro il minimo maltrattamento. Ricostruzione, nei limiti del possibile, di una guaina per ciascun tendine e nervo, e ricostruzione di un piano sottocutaneo. Lavaggio con etere del campo operatorio. Chiusura della cute senza alcun drenaggio.

La guarigione si ottenne per prima intenzione, la mobilizzazione fu cominciata in 15ª giornata, il ripristino funzionale e della sensibilità avvennero gradualmente. La ripresa del cubitale fu molto più lenta, tanto che nei primi mesi un elettroterapista pensò ad una disunione della sutura del cubitale. Furono praticate numerose sedute elettro e massoterapiche. Il collega prof. Vizioli ha gentilmente seguito con l'esame elettrodiagnostico il progressivo miglioramento dell'infermo ed il suo ultimo esame, praticato a circa un anno di distanza dall'intervento, è il seguente: « Ipoeccitabilità faradica su tutti i piccoli muscoli della mano, più accentuata sul secondo e terzo interosseo e nel muscolo corto abduttore del pollice.

Alla corrente galvanica esiste anche una sensibile ipoeccitabilità, oltre modificazioni qualitative della formula fisiologica con tendenza alla eguaglianza polare ed alla inversione. In breve, si rilevano ancora fatti notevoli di reazione degenerativa diffusa sia nel territorio del mediano che del cubitale. Detti elementi degenerativi sono notevolmente migliorati dall'ultimo esame, ma non sono scomparsi. Del resto la dissociazione fra stato funzionale dei muscoli e i dati dell'esame elettrico è un fatto comune. La conduzione elettrica si ripristina in genere molto tardi e talvolta non si ristabilisce più anche quando la funzione dei muscoli è tornata discreta ».

* * *

Le conclusioni dell'esposizione suddetta possono rapidamente farsi. Anzitutto, i casi esposti permettono di guardare con minore diffidenza la chirurgia riparatrice delle lesioni dei tendini e dei nervi della mano, anche nei casi più complessi.

Tali buoni risultati si possono ottenere con mezzi minimi, purchè si osservino rigorosamente quelle regole di chirurgia generale che debbono essere applicati in ogni campo della chirurgia.

L'anestesia locale è sempre più che sufficiente; essa permette di essere tranquilli in un intervento, spesso lungo, (il nostro ultimo durò oltre due ore) e permette anche che l'infermo possa ritornare alla propria abitazione; abolizione di qualunque laccio o fascia espulsiva, perchè diminuisce la vitalità dei tessuti.

La ferita va sempre sbrigliata perchè ciò permette un più rapido orientamento ed un minore maltrattamento dei capi sezionati; occorre invece cercare di evitare il più possibile l'apertura delle guaine peritendinee. Sutura dei capi sezionati con il metodo più semplice.

Penso che tutti gl'innumerevoli metodi consigliati, se permettono un migliore affrontamento delle superfici sezionate, maltrattano un po' troppo con i loro innumerevoli passaggi di filo le estremità dei capi da suturare e ne favoriscono forse la disunione.

Ricostruzione poi delle guaine e di un piano sottocutaneo.

A proposito del drenaggio penso poi che sia un grande vantaggio abolirlo completamente. Un drenaggio in tali casi agirebbe sempre come corpo estraneo e se messo in vicinanza delle suture tendinee o nervose potrebbe favorirne la disunione e se solo sottocutaneo è da considerarsi inutile, perchè con l'osservazione quotidiana si è sempre a tempo a permettere la fuoruscita di un po' di sierosità togliendo qualche agraphe. Mobilizzazione verso il decimo giorno. Elettro e massoterapia.

I nostri casi dimostrano che si può avere il 100/100 di guarigioni operatorie senza suppurazione, anche in casi operati a molte ore di distanza dall'operazione, fino a 18 e più ore dopo, come nel nostro terzo caso.

Dal punto di vista funzionale i risultati sono stati sempre ottimi, tranne nel caso della lesione dei due flessori al dito (caso 9°) in cui il risultato è stato solo discreto. Ciò non fa meraviglia se si pensa che tutti gli autori sono

concordi nel considerare pessimi i risultati delle suture dei flessori a livello delle dita, tanto da sconsigliarne la sutura primitiva e consigliare invece le operazioni secondarie, quando siano indicate, e fra queste l'operazione di Sterling Bunnell, di tecnica molto complessa, ma che ha dato buoni risultati nelle mani di chirurgi sperimentati.

RIASSUNTO.

L'A. espone i risultati ottenuti in nove casi di lesioni tendinee mediante una semplice sutura. Questi sono stati sempre buoni, ed anche ottimo è stato il risultato in un caso in cui erano lesi non solo i tendini del grande palmare, piccolo palmare, flessore comune superficiale delle dita, cubitale anteriore, ma anche l'arteria cubitale, il nervo mediano ed il nervo cubitale.

BIBLIOGRAFIA.

Bloch. Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chir., 1929.
Bloch e Bonnet. 38° Congr. Chir. Franc., 1929.
Bonnet e Delaye. Lyon Chir., 1931, n. 2.
Bonnet e Michon. Ibid., 1929.
Bonnet e Pollosson. Ibid., 1931, n. 2.
Delagenière. 38° Congresso Chir. Francese, 1929.
Dominici. Policlinico, 1925.
Dübs. Schw. Med. Woch., 1919, vol. 49; Korrespondenblatt f. Schweitz. Arzte, 1919.
Fiolle. Presse Méd., n. 1, 1927.
Folliasson. Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chir., 1929.
Garloch. Ann. of Surg., 1926.
Guyot. 38° Congr. Chir. Franc., 1929.
Jüst. Arch. f. Klin. Chir., 1923.
Lang. Mediz. Klinik, 1923.
Lasserre. Presse Méd., 1929, n. 16.
Leonte. 38° Congr. Chir., Franc., 1929.
Lier. Arch. f. Orth., 1921.
Mason. Surg., Gyn. and Obst., vol. 50, 1930.
Massé. Presse Méd., 1927, n. 16.
Migliavacca. Arch. Sc. Med., 1925, n. 48.
Muller. Zentr. f. Chir., 1919, p. 294.
Närvi. Acta Chir. Scand., 1926, vol. 60.
Salomon. Arch. f. Clin. Chir. vol. 115; Ibid., volume 118; Ibid., vol. 119; Ibid., vol. 114; Zentr. f. Chir., 1922; Deut. Zeits. f. Chir., vol. 173.
Sterling Bunnel. Citato da Bloch e Bonnet.
Sumner L. Koch. Surg., Gyn. and Obst., vol. 52.
Tailhefer A. Thèse de Paris, 1928.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Ospedale Civile di Castiglione delle Stiviere

diretto dal Prof. dott. Guido Beccherle.

Su due casi di tubercolosi primitiva della ghiandola mammaria.

Dott. Guglielmo Paltrinieri, aiuto.

Credo non sia privo d'interesse illustrare due casi clinici di tubercolosi primitiva della ghiandola mammaria, capitati alla mia osservazione nell'Ospedale Civile di Castiglione delle Stiviere, dato che mi pare si prestino alla discussione di alcune questioni.

Caso I. — Ragazza di 15 ani.

Anamnesi famigliare negativa. Nulla di notevole nell'anamnesi remota.

Mestruò a 14 anni e le mestruazioni furono sempre regolari per qualità, quantità, durata ed epoca di ritorno.

Non ha mai sofferto di alcuna malattia degna di nota.

Anamnesi prossima. Sei mesi fa accusò vaghi dolori alla mammella sinistra che è andata aumentando progressivamente di volume. Da quattro mesi avverte tumefazione indolore delle ghiandole sottoascellari a sinistra. È sicura di non aver riportato traumi.

Non ha mai avvertito rialzi termici.

Esame obbiettivo generale. Ragazza ben sviluppata, in buone condizioni di nutrizione e sanguificazione. L'esame accurato dei grandi apparati organici è negativo. Esame delle urine negativo.

Esame obbiettivo locale. All'ispezione si nota che la mammella S. è aumentata di volume quasi del doppio rispetto alla destra. Il colorito della pelle è lievemente rossastro con rete venosa molto evidente.

Alla palpazione la mammella è di consistenza duro-elastica, poco mobile sul piano profondo e scarsamente dolente. Non si mettono in evidenza punti di fluttuazione. Ghiandole dure, di vario volume, si palpano al cavo ascellare corrispondente.

Diagnosi clinica. Sospetto tumore (sarcoma) della mammella sinistra.

Operazione. Narcosi eterea. Amputazione della mammella S. e svuotamento del cavo ascellare. Decorso post-operativo regolare.

All'esame macroscopico, la ghiandola mammaria asportata, si presenta notevolmente aumentata di volume. La consistenza è notevolmente maggiore del normale.

Al taglio si osservano zone grigiastre di varia grandezza costituite da sostanza puriforme. Intorno a questo tessuto si presentano evidentissime gettate di connettivo che si intersecano e predominano nell'aspetto generale della sezione.

Caso II. — Vedova di 35 anni.

Anamnesi famigliare e remota negativa. Sposò a 25 anni con uomo sano morto 7 anni fa di polmonite franca.

Ebbe una gravidanza a termine nove anni fa. La figlia è vivente e sana. Non aborti. Nega la lue od altre malattie veneree. Non ha mai sofferto di malattie degne di nota.

Anamnesi prossima. Da circa quattro mesi ha avvertito leggeri dolori a tipo gravativo, esacerbantisi nelle ore notturne, alla mammella S.

Esame obbiettivo generale. Donna ben sviluppata, in discrete condizioni generali.

L'esame dell'apparato respiratorio, cardio-vascolare e degli organi addominali non mette in evidenza nulla di notevole. Esame delle urine negativo.

Esame obbiettivo locale. All'ispezione si nota la mammella S. lievemente aumentata di volume nella regione dell'areola che appare leggermente stirata verso l'esterno.

Colorito della pelle normale. Rete venosa appena percettibile.

Capezzolo leggermente retratto.

Alla palpazione si riscontra un modico indurimento rispetto alla mammella D. e si percepisce un nodulo duro della grossezza di una nocciuola in rapporto con la regione areolare. Nel cavo ascellare si palpano numerose ghiandole indurite, piccole, indolenti.

Diagnosi clinica. Cancro iniziale della mammella sinistra.

Operazione. In narcosi eterea si pratica l'asportazione completa della mammella sinistra e si procede allo svuotamento del cavo ascellare. Decorso post-operativo regolare.

L'esame macroscopico sulla sezione trasversa della mammella, mette in evidenza zone di aspetto roseo, e fra queste, altre di colore grigiastro in parte costituite da sostanza puriforme. Il nodulo, sotto il tagliente, è manifestamente più duro del tessuto circostante. Evidenti strie biancastre percorrono la sezione per tutti i sensi.

Esame istologico. L'esame istologico dei due casi è del tutto simile: le sezioni risultano formate da un tessuto connettivo fondamentale che delimita aree più o meno grandi di forma quasi circolare, aventi al centro un grosso elemento plurinucleato con protoplasma abbondante, granuloso e poco colorato dall'eosina. I nuclei sono disposti ad anello verso la periferia; nell'insieme si ha un quadro che ricorda la cellula gigante. Attorno a questo elemento, si osservano cellule di tipo epitelioide e fra queste e sopratutto alla periferia, in mezzo ad un intreccio fibrillare, numerosi elementi puntiformi di tipo linfoide. Alla periferia il connettivo si dispone a travate e da queste partono prolungamenti che vanno a delimitare delle aree simili a quelle descritte. Qua e là si osservano zone di necrosi.

Nel tessuto descritto si notano sparsi, resti del parenchima ghiandolare alterati nella loro intima struttura per il processo infiltrativo linfocitoide e per la costrizione della enorme proliferazione connettivale. Non si notano alterazioni nelle pareti vasali. Le sezioni trattate con liquido di Ziehl diluito, hanno messo in evidenza rari bacilli della tubercolosi.

La diagnosi istologica è di tubercolosi mammaria.

Detta diagnosi venne definitivamente convalidata dalla prova biologica.

Furono iniettati, con materiale puriforme prelevato dai pezzi asportati, due conigli. Uno (caso I) morì per malattia intercorrente quattro giorni dopo la inoculazione senza dimostrare alla necroscopia nulla di caratteristico: l'altro (caso II) venne a morte spontaneamente dopo circa 40 giorni. L'autopsia mise in evidenza, macroscopicamente, il quadro tipico dell'infezione tubercolare su tutti gli organi cavitari e dall'esame istologico su sezioni di fegato risultò la presenza del bacillo di Koch.

Non essendo risultati dati anamnestici positivi e non avendo trovato su nessun organo, per quanto accuratamente visitato, segni patognomonici specifici, clinicamente, si è indotti a considerare la localizzazione come primitiva.

*
* *

La sintomatologia descritta da varii autori credo non sia probativa, come affermano Bartoli e numerosi altri.

Circa la diagnosi clinica, viene ancora confermato che, quando l'affezione si presenta con la sintomatologia che riscontrai nei miei casi, si è nella impossibilità di poter formulare la diagnosi; potendo esser tratti in inganno da segni di mastite cronica o di tumore iniziale.

La tumefazione dei gangli sottoascellari indolenti, venne avvertita tardivamente (I caso) o non fu notata (II caso).

Per l'assenza completa di dati anamnestici e clinici generali e locali di natura specifica, l'aumento rapido e notevole del volume della mammella indusse nel I caso a far pensare ad una forma sarcomatosa, mentre nel II caso la presenza, non certo probativa, di un nodulo duro e leggermente irregolare in rapporto con la regione areolare e conseguente retrazione del capezzolo, fece orientare, anche per la più facile evenienza, verso una forma iniziale di cancro.

Circa il rapporto fra l'insorgenza della tubercolosi mammaria e le funzioni fisiologiche della ghiandola, il I caso appoggerebbe le vedute di Cuneo, Larier, Pluget, Habermaas, ecc., essendo la ghiandola stessa in via di evoluzione; mentre nel II caso lo stato di riposo della ghiandola darebbe valore a quanto sostengono la maggioranza degli AA. (Dubar, Binaudet, Scott, Salomoni, Putzu, Piskacek ed altri.

L'assenza poi di soluzioni di continuo sulla cute della mammella e la mancanza di alterazioni vere e proprie a carico del tessuto ghiandolare, istologicamente riscontrate, mi inducono a ritenere con Binaud, Sabrazès, Gaudier, Bartoli ecc., che l'infezione abbia seguito le vie ematica e linfatica.

Anatomo-patologicamente i miei casi avrebbero riscontro nella forma confluente del Dubar.

Istologicamente, circa la formazione delle cellule giganti gli AA. hanno dato due spiegazioni. Secondo Dubar ed alcuni altri si ammette che la cellula gigante si formi a spese dell'epitelio acinoso. Dette cellule sarebbero disposte come lo erano gli acini. Dubar con questa sua teoria vorrebbe dimostrare inoltre che, patogeneticamente, l'infezione avvenga per i dotti galattofori.

Gaudier, Baumgarten, Sabrazès, Binaud ed altri, hanno dato eccellentemente, ed a mio parere più verosimilmente, un'interpretazione opposta, ritenendo che il Dubar sia incorso in errore giudicando come evoluzione dell'epitelio il contenuto degli acini che non sarebbe altro che essudato albuminoso e granuloso che li ha invasi e che potrebbe confondersi con la sostanza necrosata del centro delle cellule giganti. Questi ultimi anzichè un'origine epiteliale ammettono un'origine mesodermica. Si tratterebbe di cellule epitelioidi che si infiltrano fra i lobuli mammari e che penetrano negli spazi interacinosi. Gli elementi ghiandolari sarebbero soltanto strettamente circoscritti e compressi dal processo tubercolare.

Gli epiteli ghiandolari colórati col processo di Gram-Bizzozero, dimostrerebbero pertanto la loro vitalità. (Cariocinesi, riempimento dei cul di sacco dilatati, di elementi proliferati).

Secondo il mio parere l'ultima interpretazione, oltre che essere più conforme agli abituali processi tubercolari sarebbe concordante col reperto istologico osservato nei miei casi.

Per quanto riguarda la via d'infezione le vie sanguigna e linfática rendono più persuasi, mentre l'infezione per via galattofora, pur potendo esistere, credo che sia del tutto eccezionale.

Concluderei perciò:

che si possa, sia pur raramente, riscontrare la localizzazione tubercolare primitiva nella ghiandola mammaria;

che le vie d'ingresso più frequenti siano la sanguigna e la linfatica, se esiste, rarissima la galattofora;

che le condizioni fisiologiche della ghiandola, pur non essendo una ragione necessaria, abbiano influenza sullo sviluppo della malattia;

che la diagnosi clinica sia talvolta estremamente difficile, confermando perciò la necessità della prova biologica.

RIASSUNTO.

L'A. descrive due casi di tubercolosi primitiva della mammella che si prestano alla discussione di alcune questioni relative alla patogenesi ed alla diagnosi di detta malattia.

BIBLIOGRAFIA.

BINAUD. Arch. de Méd. expér. et d'anat. path., 1894.
ARCOLEO. Rif. Med., 1898.
LACÈNE et LENORMANT. *Précis de Pat. Chir.*, tom. III, 1928.
D'ARRIGO. Rif. Med., 1927.
DUBAR. Thèse de Paris, 1881.
BIZZOZZERO e OTTOLENGHI. *Malattie della mammella*, 1899.
GAUDIER. Revue de Chirurgie, 1896.
PUTZU. Arch. It. di Chirurgia, 1913.
PISKACEK. Med. Jahrbuch Wiener, 1887.
SABRAZÈS. Arch. Gén. de Méd., 1896.
VIRCHOW. *Pathologie des tumeurs*, t. III.
ASCHOFF. *Trattato di An. Pat.*, t. II, 1914.
FAVRE et REGAUT. Deuscht Zeits. f. Chirurgie, Bd. LXXXIV, H. 13.
LOTHEISSEN. Wien. Klin. Woch., 1897.
HABERMAAS. Beiträge Klin. Chir., 1906.
SALOMONI. La Clin. Chir., 1901.
SCHIFONE. Incurabili, Napoli, 1901.
BARTOLI La Clin. Chir., 1929.
GILBERI. Poliniclinico, Sez. Chir. 1916.
CATELLANI. Ibid., 1895.
POWERS. Ann. of. Surgery, 1897.

SUNTI E RASSEGNE.

FEGATO E VIE BILIARI.

Sul modo di svelare una insufficienza epatica lieve o di media gravezza.

(M. LAEMMER. *La Presse Méd.*, 12 dic. 1931).

Il quadro dell'insufficienza epatica lieve presenta, a differenza delle grandi insufficienze, disturbi funzionali talmente lievi e variabili e forme cliniche così poco nette, che risulta molto facile il confonderlo con altri quadri morbosi affini.

Conviene perciò che il pratico tenga presente non solo l'esistenza reale di tali lievi insufficienze epatiche ma altresì conosca alcuni precisi metodi d'indagine atti a svelarle: chè non è raro il caso di dispepsie le più varie, attribuite dai pazienti allo stomaco e all'intestino, che riconoscono invece la loro reale origine nella turbata funzione epatica.

Sintomatologia dell'insufficienza epatica lieve. — Sono *segni subiettivi* caratteristici la bocca amara al mattino risvegliandosi, diarrea post-prandiale con feci giallo-chiare, meteorismo accentuato, crisi orticariformi o prurito essenziale, cefalee a tipo emicranico con vomito biliare, dolori periodici reumatoidi preferibilmente a carico di tutto il lato destro, tendenza alla malinconia (*temperamento atrabile* degli antichi), assoluta ripugnanza verso il latte.

Possono inoltre far parte del quadro morboso vertigini, scotomi scintillanti, stanchezza visiva, dolori muscolari migranti a sede non precisabile, crisi di coriza o asmatiformi.

Obiettivamente si rileva: pelle secca e giallastra, specie al palmo delle mani e alla pianta dei piedi; il contorno della bocca e delle palpebre è quasi sempre pigmentato (occhiali colemici). Frequenti sono gli xantelasmi sulle palpebre, i nei vascolari e le ramificazioni venose capillari in corrispondenza dei pomelli delle guance, delle pinne nasali, alla base del petto e all'altezza del fegato.

A carico dei *polmoni* qualche rantolo congestizio e piccoli sfregamenti pleurici alla base destra, posteriormente.

A carico dell'*apparato cardio-vascolare*: ritmo cardiaco rallentato (spesso meno di 70 pulsazioni al minuto): alla punta leggero soffio sistolico, evidentemente inorganico.

Pmx diminuita, Pmn aumentata. Il sistema venoso appare ben disegnato, specialmente nella regione sottodiaframmatica: spesso varici agli arti inferiori ed emorroidi. Caratteristica la fragilità del sistema vasale capillare cui si accompagna notevole fragilità globulare donde tendenza agli ematomi, alle epistassi, alle menorragie.

Per quanto riguarda il *sistema nervoso* le pupille sono generalmente midriatiche e torpide alla luce: notasi una certa tendenza alla vagotonia. La reflettività è a volte diminuita, a volte aumentata.

A carico dell'*apparato digerente* l'esame rivela lingua saburrale (spec. al V linguale), stomaco ptosico, frequente aerogastria e aerocolia. È frequente una spiccata sensibilità in corrispondenza del plesso solare delle vie biliari e della regione cieco-appendicolare: l'ampolla cecale è di solito dilatata mentre il colon discendente si presenta spesso spasmodicamente contratto.

L'*esame radiologico* rivela in tali casi, e non in tutti, soltanto un lieve innalzamento della cupola epatica, espressione di un'epatomegalia che l'esame clinico poteva essere stato insufficiente a scoprire.

Ricerche di laboratorio. Sono in tali casi il necessario complemento alla ricerca dei segni clinici, se si vuol giungere alla diagnosi.

È importante, a tale scopo, ricercare nelle urine la presenza di pigmenti biliari, di sali biliari, dell'urobilina, del glucosio e dell'urea e nel sangue la bilirubina, la colesterina e l'urea.

Per gli esami delle urine si preleveranno in 3 boccali differenti le urine della sera, del mattino al risveglio, e quelle del pomeriggio (1 ora circa dopo il pasto). Facendo le ricerche separatamente sarà possibile riconoscere anche la più lieve glicosuria d'origine epatica che sarà svelata sicuramente nelle urine del pomeriggio e della sera. Il sangue sarà prelevato anche 3 volte nelle 24 ore, analogamente al prelevamento delle urine.

Interpretazione dei risultati delle ricerche. La presenza costante nelle urine di pigmenti biliari (anche a più giorni d'intervallo) costituisce un segno quasi patognomonico. Così dicasi per una netta bilirubinemia. Eguale valore ha la presenza di acidi biliari nel sangue sopratutto se con colesterinemia concomitante.

Tali reperti possono ritenersi di per sè patognomonici: mancando essi od essendo incerta la diagnosi ed esistendo un sospetto di insufficienza epatica in base ai risultati dell'esame obiettivo, possono essere istituite delle ricerche di controllo, che nei casi positivi possono dare come risultato:

a) urobilinuria con debole eliminazione urinaria di urea e concentrazione di questa nel sangue; *b*) glicosuria debole nelle urine dei periodi digestivi senza glicemia importante; *c*) colesterinemia accentuata con aumento di urea nel sangue.

Tali risultati rendono certa la diagnosi di insufficienza epatica di lieve e medio grado ed aprono la via all'intervento terapeutico opportuno. G. LA CAVA.

Sulle morti rapide con temperature elevate consecutive a interventi sulle vie biliari.

(F. G. CONNEL. *Ann. of Surg.*, vol. 94, n. 3).

L'A. ritiene questo genere di grave complicanza molto più frequente di quello che non appaia dalla letteratura. La morte in tali casi è spesso attribuita ad emorragia, shock, malattie renali o cardiovasali, ipertiroidismo, complicanze polmonari, dilatazione gastrica acuta, peritonite settica. I sintomi possono volta a volta ricordare ognuna di queste lesioni. L'A. opina che la sindrome possieda caratteristiche tali da farne una definita entità clinica.

I segni e i sintomi di tali sindromi mortali non coincidono con quelli della peritonite biliare nè dello shock o insufficienza epatica. Questa ultima sindrome si spiega con lesioni microbiche o tossiche delle cellule epatiche, con alterazioni del metabolismo della colesterina, con fenomeni di shock anafilattico o allergici, con disturbi dell'innervazione del fegato, o con un grave stato tossico del malato.

La sindrome in questione sarebbe da considerare come una reazione metabolica chimica o allergica generale di natura sconosciuta oppure come un fenomeno puramente nervoso.

Nell'Ospedale dove lavora l'A. (Mercy Hospital, Oshkosh, Wi.) durante gli ultimi cinque anni il 23,6% delle morti post-operatorie seguite a interventi sulle vie biliari presentarono questa sindrome. Gli interventi compiuti colla diagnosi di colecistite furono eseguiti in anestesia generale o spinale e anche locale. Le operazioni eseguite furono 13 colecistectomie e 4 stomie. In 11 casi fu aggiunta una appendicectomia, in 4 fu dovuto drenare il coledoco e in 1 caso fu eseguito un intervento sulla pelvi. La temperatura salì fino oltre 40°. La morte seguì nelle 48 ore dopo l'intervento. In soli 2 casi fu eseguita una autopsia completa che rivelò una volta rammollimento della milza e del fegato e congestione dei reni, una volta un consolidamento del polmone D.

Furono eseguite anche 2 autopsie parziali.

Mai fu messo in evidenza alcunchè a carico del peritoneo.

Si sono anche osservati casi guariti spontaneamente, abortivi, con sintomi del tutto simili. Non sarebbero state mai riscontrate sindromi simili in altri interventi sull'addome. Il trattamento è solo sintomatico. L'A. non crede che i casi risolti felicemente siano stati influenzati dalla cura. M. ASCOLI.

RENI E VIE URINARIE.

L'acidosi nefritica.

(A. P. BRIGGS. *Arch. intern. Med.*, genn. 1932).

Le indagini vennero praticate su notevole numero di casi di nefrite cronica del tipo prevalentemente sclerotico con segni di ipertensione, cardiosclerosi, ecc., e riguardano lo studio chimico del sangue e delle urine: determinazione della riserva alcalina, dell'azoto proteico e non proteico, dei cloruri, fosfati, solfati, delle basi totali, e in qualche caso del pH, del sangue: analogamente nelle urine vennero dosate le basi fisse, i cloruri, i solfati, i fosfati, l'ammoniaca, la creatinina, e il pH. Tutti i dati relativi vengono riportati in chiare tabelle e grafiche, e vengono comparati con i risultati delle classiche ricerche di Atchley e Benedict sulle modificazioni del ricambio inorganico negli animali da esperimento in seguito alla legatura bilaterale degli ureteri.

Il tasso dei fosfati e dei solfati nel sangue risulta aumentato, mentre notevolmente diminuita è la quantità delle basi fisse; i cloruri risultano, o un po' bassi, oppure normali, qualora non coesistano edemi o vomito abbondante, onde l'A. ritiene che non si abbiano in questa categoria di malati valori caratteristici circa il tasso di cloruri nel sangue; più evidenti rapporti con la ritenzione renale presenta l'accumulo dei fosfati e dei solfati; scarse modificazioni presenta il tasso delle proteine nel siero.

Le basi fisse del siero risultarono comprese tra valori di 145-150 milliequivalenti per litro, quindi un po' al disotto della norma, secondo Benedict.

Per quello che si riferisce alle urine, l'A. ricorda le precedenti ricerche al riguardo di vari autori, e la regola fondamentale, secondo cui il rene tende ad eliminare l'eccesso di acidi con una perdita minima di basi fisse: la somministrazione di acidi minerali conduce però nei nefritici ad un aumento nella eliminazione renale di basi fisse, aumento che è assai maggiore di quello che si ha in individui che non presentano lesioni alla funzione renale: onde l'idea che nei reni nefritici del tipo sclerotico esista una tipica e specifica alterazione del meccanismo di regolazione nella perdita delle basi fisse e che questa alterazione sia intimamente connessa con il processo di formazione dell'ammoniaca, che è proporzionatamente ridotto. Ciò risulta anche da apposite ricerche praticate dall'A., dalle quali emerge anche un diverso comportamento in questo senso nei casi di nefrite con o senza edemi: è particolarmente in quest'ultimo gruppo di malati che è notevolmente ridotta l'eliminazione urinaria dell'ammoniaca ed invece aumentata la perdita di basi fisse. A questo riguardo l'A. però prende anche in considerazione accanto ai fattori renali, alcuni fattori tissulari: sembra cioè che una modificazione dell'equilibrio acidi-basi nel senso di una acidosi, faccia diminuire anche la capacità dei tessuti a legare basi e acqua.

Tra i fattori renali è presa anche in considerazione la questione della diuresi che sem-

bra ostacolare in qualche modo il meccanismo di conservazione delle basi. Dietro ingestione di acidi i nefritici presentano anche un notevole aumento della diuresi: tale aumento non è di per sè sufficiente in condizioni normali di funzionalità renale ad ostacolare il meccanismo regolatore dell'eliminazione delle basi, ma in condizioni patologiche può intervenire ad aumentare notevolmente la velocità del flusso attraverso i glomeruli e i tubuli ancora funzionanti, e conseguentemente portare alla eliminazione di un di più di basi fisse: e che ciò sia, lo indica il fatto dimostrato dall'A. che basta provocare una più intensa diuresi mediante somministrazione d'acqua distillata per vedere un aumento nella eliminazione di acidi organici e contemporaneamente pure un più forte aumento nella eliminazione di basi fisse: questo incremento nella perdita delle basi non è di grado così elevato come quello che si ha in seguito a somministrazione di acidi, forse perchè viene a mancare l'effetto diretto degli acidi sui tessuti. L'A. conclude che la perdita di basi che si ha in seguito a somministrazione di acidi va riportata al passaggio di basi fisse dai tessuti al sangue e da questo alle urine e all'azione diuretica che ostacola i fenomeni di riassorbimento tubulare.

Relativamente all'importanza che va assegnata alla ammoniaca urinaria, l'A. parte dal concetto che essa serva più a combattere l'eccesso d'acidità del tratto genito-urinario, che a neutralizzare acidi di origine metabolica nei tessuti: oggi infatti si tende ad ammettere che l'ammoniaca si formi direttamente nel rene, per quanto alcuni autori siano nettamente contrari a tal modo di vedere.

Queste indagini e queste osservazioni sono utilizzate dall'A. per l'interpretazione di alcune manifestazioni cliniche che si osservano nelle nefrosclerosi: così, secondo l'A., l'acidosi tissulare concorre a spiegare la scarsa tendenza agli edemi che si riscontra in questi malati; scarsa tendenza cui concorre anche il diminuito potere di riassorbimento tubulare verso l'acqua, oltre naturalmente ad altri fattori. Relativamente ai fenomeni di uremia, l'A. è indotto a considerare l'uremia che si può avere nelle nefriti acute emorragiche e nelle nefrosi come legata prevalentemente ad edema cerebrale; l'uremia invece dei nefrosclerotici può essere in parte legata ad alterazioni vascolari cerebrali, tenendo presenti anche le conseguenze dell'acidosi. A questo proposito l'A. ricorda le ricerche di Koehler che osservò in persone sane segni clinici di uremia, in seguito a somministrazione quotidiana per qualche tempo di acidi inorganici: questi segni di uremia si avevano parallelamente a modificazioni in senso acidosico dell'equilibrio acidi-basi del sangue. Nei nefritici è poi già abitualmente diminuita la tolleranza agli acidi inorganici, come ha anche dimostrato l'A. in parte delle ricerche ricordate.

Da ultimo l'A. considera il problema terapeutico dell'acidosi nefritica, ricordando di avere in alcuni casi ottenuta una modificazione in senso alcalosico dell'equilibrio acidi-basi del sangue mediante trattamento con sali di calcio e, meglio, di stronzio: vanno tenuti presenti anche i vari tipi di dieta alcalosica specie con limitazione degli acidi fosforico e solforico. CHINI.

Sul valore della pielografia per la diagnosi di tubercolosi renale.

(HRYNTSCHAK. *Zeit. f. Urol.*, vol. 25, 1931).

La diagnosi di tubercolosi renale, spesso molto facile, può presentare talora serie difficoltà. Grandi vantaggi si possono avere dalla dimostrazione radiografica dei bacinetti renali riempiti con un mezzo di contrasto, ma non tutti sono d'accordo sui vantaggi di questa ricerca e molti ne temono dei danni.

Le accuse che si fanno alla pielografia nella tbc. renale sono in primo luogo che una troppo alta pressione del liquido di contrasto possa determinare un'estensione del processo. Contro questa idea parla l'esperienza di molti tra cui Joseph e Perlmann; in ogni modo la sopradistensione dei bacinetti si può evitare col controllo pieloscopico combinato colla pielografia in serie.

Il pericolo di danneggiare il rene con sostanze chimiche irritanti è oggi scomparso con l'uso dell'Uroselectan e dell'Abrodil.

La possibilità di introdurre germi in un rene sano è del tutto teoretica e in ogni modo solo raramente è necessario il cateterismo dei due lati.

Infine molti autori sono del parere che il pielogramma di un rene tubercoloso non dà un quadro caratteristico, tanto meno se si tratta di stadi iniziali, quando appunto è più difficile la diagnosi. Ora, ciò non è vero, come dimostrano parecchi casi studiati pielograficamente, e tanta maggiore quantità di indicazioni si potrà ritrarre in avvenire quanto più grande sarà l'impiego di questo mezzo di ricerca. Certo soltanto la pieloscopia combinata potrà condurre a migliori risultati per la possibilità di dare al soggetto la miglior posizione per la radiografia, e di studiare contemporaneamente le alterazioni della peristaltica e dello svuotamento della pelvi.

I vantaggi della pieloscopia combinata consistono nella possibilità: 1) di controllare la distensione della pelvi, 2) di controllare che si riempiano tutte le parti della pelvi che sono capaci di riempirsi, 3) di riconoscere anche piccoli difetti di riempimento coi movimenti del malato, 4) di fotografare le alterazioni nella loro migliore projezione, 5) di se-

guire il ritmo e il tempo di svuotamento di ogni singolo calice e del bacinetto.

Particolare importanza ha il secondo punto se si pensa che il timore di distendere la pelvi durante la pielografia semplice può lasciar vuote alcune parti del bacinetto e simulare dei difetti non esistenti.

La pielografia endovenosa, di cui l'A. non ha grande esperienza per quanto si riferisce alla tbc. renale, troverebbe indicazione nei casi in cui la pieloscopia è impossibile; i suoi risultati non hanno però ancora la sicurezza e la esattezza di quelli della pielografia retrograda.

Le alterazioni dei pielogrammi finora riconosciute caratteristiche per la tbc. renale si possono riassumere in nove punti:

1) localizzazione delle alterazioni distruttive dei calici a contorni sfumati soltanto per una parte del sistema dei calici, mentre la pelvi e gli altri calici rimangono inalterati;

2) per presenza di ulcerazioni in una o più papille o nella pelvi i contorni del pielogramma in questi punti non sono netti; tali aspetti si trovano anche nelle rare forme nodose disseminate;

3) uno o più calici mostrano una forma irregolare, una dilatazione rotondeggiante o a clava, con contorni sfumati (come rosicchiata dalle tarme, secondo l'espressione americana);

4) come caratteristica per uno stadio non molto avanzato di distruzione di un calice l'A. descrive la forma a margherita rappresentata da un'immagine costituita da ombre disposte radialmente concorrenti verso un punto centrale con una estremità appuntita;

In altri casi non è la distruzione di una papilla o di un calice la causa di detta formazione, ma si trovano delle caverne nel parenchima renale. Non sempre è riconoscibile l'unione di tali caverne con il calice;

6) lo svuotamento ritardato dei calici infiltrati, delle parti distrutte del bacinetto e del parenchima che talora giunge a 30'-60';

7) un rimarchevole squilibrio fra la dilatazione dei calici e la sottigliezza dei collo dei calici, cosicchè i calici dilatati presentano soltanto una sottile congiunzione con i bacinetti;

8) completa mancanza di riempimento di uno o più calici dovuta a tamponamento dei calici da parte di masse caseose o ad esclusione di essi per opera di un tessuto di cicatrice;

9) posizione verticale del bacinetto il cui asse diventa parallelo alla colonna vertebrale, e stiramento dell'uretere che va diritto, senza serpeggiamenti, dalla pelvi alla vescica; fatti dovuti a processi perinefritici e periureterici.

L'A. ha raccolto in quattro gruppi i malati in cui la pieloscopia combinata ha sussidiato, facilitato o addirittura permesso la diagnosi di tbc. renale.

Nel primo gruppo si tratta di malati in cui la diagnosi di una tubercolosi renale distruttiva unilaterale sembra chiara dall'anamnesi, dall'esame d'urine, dalle ricerche cistoscopiche, ecc. Qui l'esame radiografico, considerato inutile da molti autori, può avere importanza per stabilire l'estensione del processo nel rene, nei bacinetti, nell'uretere. In questo gruppo debbono essere compresi anche quei casi in cui nonostante la positività dell'anamnesi e di tutte le ricerche, non si trovano alterazioni specifiche del rene tolto.

Si tratta di processi cronici infiammatori non specifici, in soggetti tbc. con eliminazione di bacilli per le urine.

Qui l'indagine pieloscopica può far fare la diagnosi ed evitare l'asportazione di un rene, le cui alterazioni guariscono spontaneamente.

Nel II gruppo si tratta di malati nei quali ci sono importanti cause di sospetto per una tbc. renale, e in cui in genere si ricorre alla prova biologica o culturale delle urine. Prove lunghe e spesso non sicuramente discriminative, laddove l'esame pieloscopico può dare più sicuramente e rapidamente un indirizzo certo.

Nel III gruppo sono riuniti i casi in cui l'anamnesi, i sintomi e i reperti fanno pensare alla prima impressione ad altre affezioni. Qui, benchè spesso anche senza pielografia si giunga alla diagnosi, la pieloscopia combinata vi porta più rapidamente e più sicuramente.

Nel IV gruppo sono raccolti i casi in cui si tratta di sapere se il rene adelfo è salvo da processo tbc., quantunque elimini pus o la funzione non sia buona ecc.

È necessario rispondere ad uno di questi quesiti: *a*) si tratta di un rene completamente sano? *b*) si tratta di lesioni tossiche che guariranno dopo l'asportazione del rene tbc.? *c*) si tratta di tbc. bilaterale? È evidente in tali casi l'importanza dell'esame pieloscopico: la mancanza di alterazioni distruttive dal lato sano autorizza la nefrectomia dell'altro rene.

Concludendo l'A. ritiene che la pieloscopia combinata può dare risultati che talora non sono raggiungibili con altri metodi di indagine ed è sempre un mezzo di ricerca privo di pericoli. P. STEFANINI.

Sulla patogenesi della cistalgia femminile con urine normali.

(EPSTEIN e ONTSCHINNIKOV. *Z. Urol. Chir.*, vol. 31, fasc. 5-6).

Molte donne si lamentano di un continuo bisogno di urinare, difficile a contenersi, e di un senso di malessere alla fine della minzione. Le urine di queste malate sono chiare e normali sia macro- che microscopicamente, ad eccezione di 2-3 leucociti e di qualche cellula

epiteliale per campo. Questo quadro è stato chiamato da Marion « cistalgia ». Prima dell'introduzione del cistoscopio nella pratica corrente, esso andava sotto il nome di « irritable bladder », cistospasmo, vescica irritabile, neurosi e nevralgia della vescica. Con l'uso del cistoscopio si credette che la patogenesi di tali disturbi risiedesse in lesioni del trigono e del collo: l'assenza di alterazioni della vescica fu spiegata con la localizzazione sottomucosa delle lesioni.

Ma fu poi osservato che tali reperti sono quasi costanti nelle donne, anche in assenza di qualsiasi sintoma.

Dunque per quanto interessante, la questione patogenica rimane poco spiegata; lo stesso si può dire della etiologica.

Nelle donne due sono i momenti principali invocati: disturbi di circolazione nel bacino e l'infezione.

I primi sono l'espressione di iperemia attiva e di stasi, legati a stati fisiologici (mestruazioni, gravidanza) e patologici, (prolassi, tumori, flogosi degli organi della sfera sessuale).

Altri autori hanno assegnato invece un valore di gran lunga maggiore all'infezione: ma a prescindere dal fatto che spesso manca, rimane da stabilire la ragione per la quale alcune volte una terapia giova, in altri casi no.

Si comprende allora facilmente come siano state ammesse numerose altre cause: esiti di flogosi pregresse, disturbi di innervazione della vescica, batteriuria, iperestesia vasomotoria; i polipi e le erosioni dei genitali esterni. Infine è da ricordare come la pollachiuria nelle donne sia stata etichettata come una cattiva abitudine.

L'elenco delle cause non è terminato per ora: rimane da stabilire per quale ragione una delle cause invocate possa agire solo in determinati soggetti e in tanti altri no.

Gli AA., basandosi su un ricco materiale (781 donne, delle quali 166 con cistalgia e urine chiare (21,3 %) sono giunti alle seguenti conclusioni: la frequenza della minzione può essere notevole (8-20 v. di giorno; di notte lo è assai più di rado). Il 66 % delle malate aveva un'età tra i 20 e i 40 anni. Rara nelle vergini (3 %), è assai frequente nelle donne che avevano abortito (47 %). Su 122 casi furono addotti in 52 casi, 14 cause diverse: ma in 70 non ne fu possibile trovarne alcuna. In 1/4 di tutti i casi si poteva ammettere un'infezione delle vie urinarie. In una metà circa dei casi furono riscontrate anomalie di posizione dell'utero, o prolassi delle pareti vaginali, o flogosi degli annessi. Furono allestite delle culture con le urine sia delle donne affette da cistalgie, sia di alcune normali; fosse proceduto un lavaggio dell'uretra o fosse stato tralasciato. Si dimostrò che la percentuale delle colture positive fosse presso a poco eguale nei casi messi a confronto, come le culture della flora uretrale fossero sempre le stesse di quelle che poi si sviluppano in quelle vescicali, e come dalle urine ricavate con la puntura vescicale non si sviluppassero mai colture, anche quando se ne fossero sviluppate da quelle ottenute per le vie naturali. Dunque la batteriuria non può essere invocata come un fattore determinante.

Cistoscopicamente non furono trovate gravi alterazioni: in genere il reperto più comune fu quello di una cistite cronica del collo: ma in molte altre non fu trovato che un modesto arrossamento del trigono come fu riscontrato in donne sane prese per controllo.

Questa incertezza etio e patogenetica si riflette sulla cura. Parecchi casi guarirono con le cure più diverse (non sempre si curò con il nitrato d'argento): altre guarirono spontaneamente ed infine altre ancora malgrado ogni terapia rimasero malate.

Per quanto dunque non si possa giungere a conclusioni definitive, tuttavia si può dire che la cistalgia si presenta in donne durante l'attività sessuale, e nelle quali la causa dei disturbi va ricercata più che nell'infezioni in disturbi circolatori degli organi del bacino, contro i quali dev'essere diretta la terapia, prima di procedere ad un tentativo di cura con lavande vescicali al nitrato d'argento.

E. MINGAZZINI.

MILZA.

La tubercolosi primitiva della milza.

(E. GREPPI. *Riv. di Pat. e Clin. della Tubercolosi.* 31 dicembre 1931).

È possibile la diagnosi in vivo della tubercolosi primitiva della milza, o almeno un sospetto diagnostico fondato su motivi concreti di probabilità? L'A. crede che si possa rispondere affermativamente, almeno per i casi non del tutto silenziosi nella loro particolare etiologia nè dissimulati sotto un aspetto affatto diverso o ingannevole. Certo importa conoscere i termini concreti dell'argomento e importa sopratutto averlo presente come possibilità non eccezionale per ogni caso oscuro di tumore splenico, più o meno associato a segni generali ed emopatici.

La tubercolosi primitiva della milza si presenta sotto tre aspetti sintomatici, che rendono la diagnosi generalmente assai difficile: la sindrome dell'iperglobulia, la sindrome dell'anemia splenica tipo Banti, la sindrome splenoepatomegalica febbrile con frequente reazione sierositica, quest'ultima corrispondente alle forme subacute oppure all'evoluzione terminale delle forme croniche.

La sintomatologia generale e locale resta spesso muta all'inizio o si limita a fatti di scarso rilievo (deperimento, astenia, qualche

febbricola vespertina, disturbi dispeptici, richiamo doloroso all'ipocondrio sinistro). Il tumore di milza è sempre voluminoso, compatto con la tipica forma dell'organo; tende a crescere lentamente con pause assai lunghe, interrotte da riprese attive del processo con febbre e dolori locali o irradiati. Di regola anche il fegato è modicamente tumefatto e duro. Segni di versamento addominale possono comparire nella fase di diffusione, anche per fatti circoscritti di periepatite, epperò con caratteri più o meno netti di essudato.

Il quadro ematologico può presentare o una iperglobulia, in genere di grado moderato, con polinucleosi ma senza o con rare forme giovani mieloidi; oppure, e più frequentemente, un'anemia moderata, a tipo semplice ipocromico con scarsi segni di rigenerazione, che nei casi a decorso cronico può lentamente progredire mentre nelle forme acute febbrili si accentua per più rapidi fatti emolitici e tossici. Il numero dei globuli bianchi il più delle volte è normale o poco aumentato, con formula incostante verso un certo grado di polinucleosi od invece di linfo-mononucleosi; ma in casi non rari si manifesta una modica leucopenia con linfocitosi relativa ed allora il quadro simula da vicino quello dell'anemia splenica tipo Banti. Nel caso della tubercolosi sarà però più facile trovare note di emolisi morbosa come fattore associato, in via permanente o episodica, all'azione mielotossica nella patogenesi dell'anemia

La splenomegalia tubercolare può decorrere lungo tempo, per 3-4 ed anche più anni, senza segni di attività o di diffusione del processo specifico. Questi però compaiono nella maggior parte dei casi, in genere dopo circa un anno dall'inizio apparente della malattia, dimostrando il risentimento generale dell'organismo e la lesione di altri visceri, sopratutto del fegato: febbre a tipo etico, cachessia, facile dispnea con segni di pleurite, epistassi e talora cianosi, dolori vivaci da parte del tumore di milza con segni di perisplenite, tumefazione del fegato senza tendenza all'ittero, segni più o meno gravi di diatesi emorragica.

Il carattere polimorfo della malattia rende assai difficile la diagnosi. In molti casi la diagnosi precoce non può che limitarsi al concetto generico di una splenomegalia clinicamente primitiva; la natura infettiva è tuttavia per lo più sospettabile se si pone attenzione ai segni generali e locali (febbricola, dolori, reazioni allergiche), alla polinucleosi frequente ed all'emolisi morbosa (iperbilinia intestinale).

Così in tutti i casi di iperglobulia splenomegalica a tipo sintomatico, il sospetto di tubercolosi della milza deve essere avanzato e deve spingere a indagini cliniche e biologiche (focolai profondi, reazione alla tubercolina, curva termica).

Nei casi di anemia splenica, l'incertezza diagnostica è di regola, se qualcuno dei segni ora accennati non concorre a suggerire l'ipotesi di una forma specifica: in generale però la leucopenia è assente o moderata, è facile qualche segno di emolisi, più frequenti sono i dolori locali ed i disturbi dispeptici e generali.

Il decorso successivo dimostrerà un più rapido aggravamento, con manifestazioni febbrili, restando invece modesto il grado di anemia. L'insorgenza di fatti a carico del fegato può aggiungere valore al concetto di sindrome Bantiana, però l'organo resta sempre grosso ed il quadro addominale successivo non si limita di regola ad un'ascite semplice trasudativa ma offre sicuri segni di sierosite e di perisierosite.

Nei casi subacuti, a sintomi infettivi manifesti (febbre, cachessia, emorragie, sierosite), il quadro clinico può ricordare sopratutto la linfogranulomatosi a sede prevalentemente splenica o spleno-epatica, la quale tuttavia tende in genere a produrre più grave risentimento sullo stato del sangue (anemia, leucopenia linfopenica), con partecipazione dei gruppi ghiandolari profondi, decorso febbrile ricorrente: la Roentgenterapia ha un'efficacia non duratura ma notevole sul morbo di Hodgkin, mentre non pare influisca allo stesso modo sulla forma specifica.

Come criteri ausiliari di diagnosi possono servire le comuni reazioni allergiche generali, la reazione splenica alla tubercolina, eventualmente la puntura della milza, per la dimostrazione del bacillo tubercolare o di eventuali focolai mieloidi dell'organo.

In pratica però la diagnosi di natura resta difficile o anche impossibile, finchè non soccorre l'osservazione prolungata della malattia nel suo decorso.

La prognosi è seria e l'evoluzione di solito relativamente rapida. La guarigione medica non sembra si possa ottenere. La splenectomia ha segnato al suo attivo molti successi. L'intervento precoce è la condizione prima del successo. Una riserva contro l'operazione è forse opportuna nei casi di iperglobulia. Un tentativo di Roentgenterapia potrà sempre essere consigliato.

C. TOSCANO.

Sui tumori cronici di milza.

(H. KÄMMERER. *Münch. Med. Woch.*, 4, 1932).

L'A. ricorda rapidamente la struttura della milza e le caratteristiche della sua circolazione interna, mettendo particolarmente in rilievo la sua importanza, come « deposito di sangue » per la regolazione del circolo in genere: normalmente infatti il sangue fluisce direttamente dai capillari arteriosi sui seni venosi; ma, quando la pressione arteriosa cresce, si aprono le cavità sanguigne della milza, e quantità più o meno grandi di sangue vi vengono de-

viate e immagazzinate: al contrario, la contrazione dell'organo, vuotando queste cavità, riporta nel circolo una notevole massa sanguigna. L'A. elenca poi le altre funzioni che si riconoscono oggi alla milza: la funzione emolitica, la funzione ormonica (azione a distanza sul midollo delle ossa, e forse anche sulla tiroide e i surreni), la influenza sulla permeabilità dei capillari (che aumenta nelle ipersplenie), la funzione spodogena o fagocitaria e la digestione dei lipoidi e forse anche del ferro, la probabile formazione di anticorpi e la cooperazione ai processi della coagulazione del sangue.

L'estirpazione della milza dà, all'inizio, poliglobulia e leucocitosi, aumento dei reticulociti e delle piastrine, monocitosi e linfocitosi, aumento della resistenza osmotica, diminuzione della bilirubinemia, aumento del tasso della colesterina; inibizione dell'accrescimento nei conigli; minor resistenza nei topi entro le infezioni protozoarie e, nello stesso tempo, miglior tolleranza delle infezioni e intossicazioni.

L'ipersplenia, l'aumento della funzione splenica, (Naegeli) si rivela con una sintomatologia opposta: inibizione della funzione midollare, diminuzione dei leucociti, degli eritrociti e delle piastrine e ipoplasia corporea.

L'A. passa poi a elencare brevemente i principali esempi di tumori cronici di milza, seguendo le vedute di Morawitz e di Naegeli:

I. Tumori cronici di milza ematopoietici (aumento nella milza del tessuto specifico, emopoietico, mieloide o linfatico; nel sangue aumento dell'eritro- o leucocitopoiesi; la roentgenterapia è spesso efficace).

a) Policitemia, aumento del numero dei globuli rossi e dell'emoglobina, spesso anche dei gl. bianchi: nei casi dubbii, rivolgere l'attenzione ai segni di una iperfunzione eritro- e leucopoietica (emazie immature, mielociti, aumento delle mastzellen, neutrofilia relativa, molti reticolociti, linfociti relativamente scarsi, ecc.).

b) Mielosi. Forte aumento dei leucociti della serie mieloide. (Nelle forme alencemiche si ricerchino i mielociti, la neutrofilia relativa, la deviazione verso sinistra, l'aumento degli eosinofili e dei basofili, la diminuzione dei linfociti). Spesso si hanno buoni risultati con la irradiazione.

c) Linfadenosi. Forte aumento dei linfociti. (Nelle forme aleucemiche, si ricerchino l'aumento del volume delle glandole, l'aumento relativo dei linfociti, la presenza dei linfociti immaturi, e di « ombre » di linfociti). Spesso buoni risultati con l'irradiazione.

d) Anemia pseudoleucemica infantum (Jaksch-Hayem). Bambini nel 1° o 2° decennio, indice emoglobinico spesso = 1, aumento dei leucociti, molti normoblasti e macroblasti (forte reazione del midollo).

e) Anemia con forte reazione mieloide (anemia splenica mieloide, Vaquez-Aubertin). Anche negli adulti (leucocitosi, con mielociti e numerosi globuli rossi nucleati); spesso diatesi emorragica.

II. Tumori di milza cronico-emolitici.

(Segni di aumentata distruzione del sangue, ittero con aumento della bilirubina nel sangue, dell'urobilinogeno e dell'urobilina nelle urine, dell'urobilinogeno nelle feci: pleiocromia (sonda duodenale).

a) Ittero emolitico costituzionale.

Microcitosi (eritrociti piccoli speciali), ereditarietà. Resistenza osmotica diminuita. Ittero, spesso leggero (feci non scolorate, non prurito). Al sondaggio duodenale, bile pleiocromica. Anemia di vario grado.

Spesso molti reticolociti: spesso valore globulare alto. Aumento della bilirubina nel sangue. Piastrine abbondanti o normali, formula leucocitaria normale.

Nelle urine molto urobilinogeno, non pigmenti biliari; non achilia nè diatesi emorragica: funzione epatica (prova del galattosio) normale; spesso anomalie scheletriche (cranio a torre, polidactilia).

b) Ittero emolitico acquisito.

Nessuna ereditarietà, ma infezioni croniche (lues ecc.), intossicazioni. Anemia, colore scuro del siero (bilirubina oltre il 0,6 %): nelle urine aumentata l'urobilina, non pigmenti biliari: non microcitosi, resistenza globulare non diminuita, valore globulare mai sopra l'1.

c) Affezioni trombopeniche. Etiologia di solito oscura (infezioni?): spesso l'ipersplenia rappresenta, verosimilmente, la causa primaria. Il midollo osseo è colpito con grave danno del sangue; anemia, diatesi emorragica, trombocitopenia (intorno alle 40.000 ci si deve aspettare una diatesi emorragica): spesso piastrine di forma anomala. Anche nelle iperplasie di altra genesi (Gaucher, Wilson, sepsi lenta) spesso si ha trombopenia. La combinazione con l'aleucia e la panmielottisi è possibile.

d) Anemia perniciosa. Anemia ipercronica, megalocitosi, indice emogl.>1, polinucleopenia e linfocitosi relativa, trombopenia, aumento della bilirubina nel siero $> 0{,}5$ %, urobilinogenuria.

III. Tumore di milza cronico fibro-sclerotico (epatolienale).

(Aumento del connettivo sclerotizzante, funzione epatica di solito turbata, leucopenia e linfocitosi relativa. Aumento delle emazie a colorazione vitale: la irradiazione riesce inefficace).

a) Malattia di Banti. Non è una malattia, ma un complesso di sintomi. Più nei giovani. Primo stadio (anemico) della durata di 3-5-10 anni, con attacchi febbrili spesso irregolari.

Secondo stadio (o di passaggio) di qualche mese, con inizio dell'ittero e turbe gastroduodenali.

Terzo stadio: ascite, ittero, febbre, leucopenia spesso con aumento dei monociti, emorragie dallo stomaco e dall'intestino. Il vero Banti forse solo al sud delle Alpi: non da alcoolismo nè da altra causa concreta: difficile il differenziarlo da altre forme di cirrosi. Distruzione tossica delle albumine (aumento del metabolismo basale): la colesterina non è aumentata, l'urobilinuria è scarsa; la roentgenterapia fallisce.

b) Cirrosi atrofica di Läennec. Alcoolismo, lues, ecc. Spesso tumor di milza precirrotico, non ittero, stasi della vena porta (emorragie e turbe dell'apparato digerente, ascite). Colesterina non aumentata nel sangue, molta urobilina nelle urine. Diazo solo indiretta nella determinazione della bilirubina del siero. Il metab. basale non è aumentato.

c) Cirrosi di Hanot. Ittero, senza stasi portale. Colesterina ed estesi colesterinici aumentati nel sangue, diazoreazione diretta nella determinazione della bilirubinemia. Urobilinuria di medio grado.

d) Trombosi cronica della v. porta e delle vene spleniche. Cause delle trombosi: lues, traumi, anomalie congenite, suppurazioni nella legatura del cordone ombellicale. Soggetti giovani, per lo più ipoplastici, con scarso sviluppo glandolare, fase in seguito all'ipersplenia, circolo collaterale addominale, grosse vene palpabili sotto l'apofisi xifoidea.

Epato-splenomegalia, spesso e presto emorragie intestinali, anemia, leucopenia (ma anche leucocitosi), trombopenia, diatesi emorragica, ascite.

e) Pseudocirrosi pericarditica. Sinechie del pericardio (anamnesi, segni clinici); talora polisierosite.

f) Cirrosi bronzina, incompleta formazione di bilirubina da parte del fegato, onde deposizione di emosiderina. Colorazione bruna della cute, cirrosi della milza, del fegato, del pancreas (allora diabete).

g) M. di Wilson, per lo più nei giovani: familiare. Rigidità muscolare. Emorragie gastro-intestinali.

IV. Reticulosi. (Anomalie, per lo più congenite, del ricambio dei lipoidi. Radiografie delle ossa, puntura del midollo delle ossa. Estirpazione delle glandole).

a) Splenomegalia tipo Gaucher. Familiare. Per lo più nei bambini o nei giovani. Decorso cronicissimo. Colorito ocra (viso, nuca, mani, può anche mancare); congiuntive ispessite, giallognole. Quadro ematico di solito normale, spesso anemia, con tendenza alla leucopenia e alla diatesi emorragica.

Di solito grandissimo tumore di milza ed epatomegalia notevole. Spesso dolori ossei; infiltrati ossei radiologici dimostrabili. La puntura della tibia è preferibile a quella della milza (dimostrazione delle tipiche cellule di Gaucher, che prendono la cherasina); talora lo stesso reperto anche nelle glandole.

b) Malattia di Niemann Pick. Solo nei bambini ebrei dell'oriente, in genere solo fino al 18° mese di vita: colorazione sporca giallo-brunastra. Anemia, cachessia, turgore del fegato, della milza, delle glandole, che contengono tutte depositi di lipoidi (fosfati): eventualmente puntura.

c) Splenomegalia tipo Schüller-Christian. Famigliare, Alimentazione ricca di colesterina e di grassi. Esoftalmo. Diabete insipido. Difetti ossei. Gengivite, caduta dei denti.

Epatosplenomegalia. *Splenomegalia lipoide dei diabetici* (Schultze): nei diabetici si può avere una iperplasia delle cellule lipoidi della milza: ma questa può aversi anche senza diabete: se c'è colesterinemia, allora i lipoidi si accumulano secondariamente nel reticolo della milza.

Si ricerchino il diabete e la colesterinemia.

V. Osteosclerosi. (Radiografie!).

a) M. di Albers-Schönberg. Età giovane. Ossa di marmo (raggi!). Metaplasia mieloide della milza ed eventualmente anche delle glandole (estirpazione!). In certi casi delle ossa (raggi!), spesso carie, anemia. Di solito non leucocitosi ma mielociti ed eritroblasti.

VI. Infezioni.

Linfogranuloma. Di solito impegno delle glandole, ma la milza può essere colpita sola o con le gl. retroperitoneali. Spesso febbre a ricadute, diazoreazione, prurito, secchezza della cute, eczemi; spesso diarrea. La milza ha superficie irregolarmente nodulare. Spesso ipoacusia.

Spesso polinucleosi e eosinofilia; se solo la milza e le glandole retroperitoneali sono prese allora più spesso leuco- ed eosinofilopenia.

b) T. b. c. della milza rara. Accrescimento lento, in più anni: per lo più superficie irregolare, nodulare: frequenti altre localizzazioni tubercolari.

Non di rado leucocitosi e polinucleosi: febbre molto tardi: ai raggi si possono vedere focolai di calcificazione.

c) Milza amiloide. Per lo più processi suppurativi o tubercolari e, nello stesso tempo, fegato e milza amiloide. Reazione al rosso Congo.

d) Lues. R. W. positiva: se la lues è congenita, vedere i suoi segni, più tardi compare un quadro simile al Banti.

e) Sepsi lenta. Ricerca dell'agente nel sangue, temperature basse o subfebbrili: reperto cardiaco: talora monocitosi nel sangue.

f) Colangite cronica, febbre, leucocitosi, ittero, bilirubinemia e colesterinemia cresciute. Urobilinogeno nelle urine. Nel contenuto del duodeno stafilococchi e leucociti.

g) Malaria, Febbre ricorrente, Bang, Bilharzia, ecc., ricercare l'agente tropicale. Nella malaria eventuale provocazione: leucopenia e monocitosi, spesso emazie con granulazioni basofile.

VII. Tumori veri (cancri, sarcomi, linfo-sarcoma isolato della milza) rari.

Per lo più superficie nodulare, la diagnosi sicura si ha solo con la laparatomia.

VIII. Varie.

Ascessi, cisti, ematomi, milza errante, ecc.

Terapia. Quando il tumore cronico di milza è il reperto accessorio di un'altra malattia, non v'è terapia attiva che valga: nelle forme epatolienali, si curi il fegato, nelle forme di natura luetica si pratichino cure specifiche: nel Banti, è consigliabile l'intervento; nelle forme ematopoietiche, nell'Hodgkin e nella T. b. c. della milza, irradiazioni.

In quanto alla estirpazione della milza essa è indicata nell'ittero emolitico, nel m. di Banti, e nelle splenomegalie fibrose tipo Banti, e nella trombocitopenia; invece è controindicata nelle forme ematopoietiche, nel linfogranuloma e nell'anemia perniciosa.

In particolar modo si deve essere cauti nell'asportazione della milza nelle forme di leucemia mieloide, come molti chirurgi specie americani, consigliano di fare dopo le irradiazioni. V. SERRA.

CENNI BIBLIOGRAFICI.(1)

E. BEER. *Collected Papers, 1904-1929.* P. Hoeber, New York, 1931.

Il bel volume di 827 pagine con nitida stampa e numerose figure raccoglie l'opera chirurgica di venticinque anni di Edwin Beer, e contiene dei contributi sperimentali e clinici, alcuni di grande importanza, tutti notevoli, in articoli per lo più brevi, senza fronzoli e discussioni inutili.

Così fra gli articoli di chirurgia gastro-intestinale sono da notare specialmente quelli sui falsi diverticoli dell'intestino, le ricerche sperimentali sul movimento antiperistaltico delle anse, il metodo di amputazione asettica del retto, un caso di duodeno digiunostomia per un rarissimo caso di angioma della giunzione duodeno-digiunale e dell'ansa di Treitz.

Fra i contributi alla chirurgia del fegato sono di notevole importanza le ricerche fatte sulla frequenza di residui surrenali nei parenchima epatico (6 volte su 150 casi esaminati), le osservazioni sulla colelitiasi intraepatica, e un caso di legatura della porta per pileflebite suppurativa.

La parte più importante del volume riguarda le pubblicazioni sulla chirurgia dell'apparato urinario e della milza, alla quale i contributi di E. Beer sono universalmente noti.

Specialmente da segnalare gli studi dell'A. sui corpuscoli malpighiani, sulla produzione di cisti nelle nefriti, sul valore delle diverse prove funzionali del rene, sulle cause della ritenzione vescicale nei bambini e sulla sclerosi del collo, e i numerosi contributi sulla cura dei tumori papillari della vescica coll'alta frequenza e alle operazioni nei tumori infiltrati.

Per la milza basta ricordare la vasta esperienza dell'A. nella cura colla splenectomia della porpora emorragica.

Da notare anche i suggerimenti per la sezione dei cordoni laterali del midollo spinale nei dolori insopportabili per metastasi neoplastiche, e la tecnica e i risultati ottenuti in alcuni casi di tumori intramidollari.

Il chirurgo provetto può trovare si può dire in ognuno degli articoli già pubblicati in vari giornali e qui raccolti delle idee utili e dei dati di patologia, di clinica e di tecnica operatoria di grande interesse. R. ALESSANDRI.

K. RESCHKE. *Chirurgische Indikationen.* Vol. I, di pag. 357. Edit. Vogel, Berlino, 1932, R.M. 24.

L'A. si è proposto di trattare estesamente il problema della indicazione chirurgica. In un determinato caso esiste anzitutto l'indicazione a un determinato intervento e se esiste quale deve essere tale intervento?

Lo scopo del libro è appunto questo, di rispondere alla domanda che interessa particolarmente il medico generico e anche il chirurgo che non abbia acquistato ancora una pratica estesa.

In questa prima parte dell'opera, l'A. tratta delle indicazioni di cura chirurgica nelle malattie sotto un punto di vista generale; così ferite e traumi, infezioni acute e croniche, disturbi di circolo, anestesia, ecc.

La trattazione è molto completa e abbondantemente documentata. P. VALDONI.

H. MEYER-BURGDORF. *Untersuchungen über das Wirbelgleiten.* Vol. di pag. 135 con 155 figure. Edit. G. Thieme, Lipsia, 1931.

In questa bella monografia l'A. illustra particolarmente l'etiologia e la clinica della spondilolistesi. Il materiale clinico che sta a base dello studio è molto notevole e i contributi originali sia sulle teorie etiologiche che sui mezzi diagnostici è importante.

Un ricco indice bibliografico completa lo studio.

Edizione in carta patinata con bellissime illustrazioni. P. VALDONI.

PLEIKART STUMPF. *Das Röntgenographische Bewegungsbild und seine Auwendung (Flächekymographie und Kymoskopie).* Vol. di pag. 78, con 117 illustrazioni. Edit. G. Thieme, Lipsia, 1931.

È il primo lavoro di insieme sul metodo elaborato dallo Stumpf. La tecnica è facile, invece l'interpretazione dei risultati molto difficile. Dopo una esposizione accurata della

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

tecnica l'A. tratta, nella seconda parte della monografia, del valore diagnostico del nuovo metodo, specie in riguardo allo studio della motilità cardiaca. Una nuova via di indagine radiologica è aperta e certamente il libro interesserà il radiologo per la esauriente esposizione e la ricchezza della documentazione.

P. VALDONI.

E. BÉNECH. *Parasites et cancer*. 1 Vol. di pagine 168 con 36 fig. Edit. N. Maloine, Parigi, 1931. Frs. 50.

L'A. si è proposto di riunire in una monografia tutte le nostre conoscenze sui rapporti tra parassiti e sviluppo dei tumori maligni.

In una prima parte tratta delle nozioni fondamentali dell'azione dei parassiti sugli organi; nella seconda dà cenni sommari sulla biologia e patologia generale dei tumori e degli stati precancerosi. La terza parte è uno studio sistematico dei parassiti associati a tumori e a cui si può attribuire una azione patogena. Infine nell'ultima parte sono esposte delle conclusioni teoriche e pratiche sulla patogenesi dei tumori maligni.

Nel lavoro dell'A. sono presi in considerazione specialmente i rapporti tra parassiti e tumori di vari animali. P. VALDONI.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia di Medicina di Torino.

Seduta del 19 febbraio 1932.

Sul thorotrast.

Il prof. F. MICHELI e il dot. P. RAVENNA comunicano i risultati delle applicazioni delle iniezioni di thorotrast per la localizzazione di ascessi epatici e per la diagnosi di metastasi neoplastiche del fegato anche non diagnosticabili clinicamente con altri esami. Tale diagnosi radiologica può naturalmente avere importanza nei riguardi operatori. Speciali reperti radiografici del fegato e della milza nei riguardi dell'aspetto della massa splenica ed epatica furono ottenuti in alcuni casi di leucemia e linfogranuloma, affacciandosi così la possibilità di reperti caratteristici di valore diagnostico in casi dubbi.

Dissociazione tra potere di concentrazione ed ammoniuria provocata nel diabete insipido.

Prof. C. CIPRIANI e dott. D. BORRA. — Giungono alla conclusione che, mentre nelle sclerosi renali con isostenuria l'ammoniuria provocata con dieta acidosica è bassissima, invece nel diabete insipido l'eliminazione di ammoniaca nelle 24 ore provocabile con la dieta acidosica, è in limiti normali. Ciò può avere un'applicazione diagnostica in poliurie in cui sia incerta la patogenesi, assieme ad altri criteri (reazione dell'estratto pituitario, prova dell'acqua, eliminazione delle sostanze coloranti). Gli OO. attirano anche l'attenzione sul fatto che la diminuzione dell'albuminuria osservata nei nefropatici con la somministrazione di alcalini può essere ricondotta al risparmio di lavoro del rene nella funzione dell'ammoniogenesi.

Altre comunicazioni riguardarono il *trattamento della causalgia brachiale con l'alcoolizzazione dei gangli simpatici*, con risultati favorevoli (prof. Dogliotti), l'*asportazione del ganglio carotideo in casi di epilessia* (Rizzatti e Andreoli), l'*azione di piccole dosi di adrenalina sulla pressione arteriosa e sul polso* (L. Herlitzka).

Seduta dell'11 marzo 1932.

Accrescimento e senescenza.

Il prof. GIUSEPPE LEVI (direttore dell'Istituto di Anatomia Umana Normale), tenne l'annunciata conferenza su questo tema. L'O. ha dimostrato come non sia talora facile in alcune specie animali stabilire quando finisce l'un fenomeno e comincia l'altro e come specialmente la durata dell'accrescimento, sia variabilissima nei varii esseri viventi. Trattò poi dei fenomeni morfologici che accompagnano dal lato istologico la senescenza e che consistono in fini modificazioni cellulari che potrebbero ricondursi in massima in un aumento della superficie cellulare in confronto al volume, quasi per aumentarne in questo modo le possibilità del ricambio con l'esterno. Attirò infine l'attenzione sul fatto che i fenomeni di senescenza cellulare esistono in quanto le cellule fanno parte di un organismo perchè le cellule isolate ed alimentate in terreni adatti (estratto embrionale) possono continuare a vivere senza presentare fenomeni di senescenza; esistono ad esempio culture di tessuti che datano da vent'anni e che non presentano fenomeni di senescenza, ciò che pone in una nuova luce la questione della senescenza ed anche sotto un certo punto di vista le possibilità del suo ritardo. C. CIPRIANI

Accademia Medico-Fisica Fiorentina.

Seduta del 3 marzo 1932.

Presidente: prof. F. NERI.

Considerazioni anatomo-cliniche su di un caso di teleangiettasia disseminata del fegato.

Dott. C. PANÀ e dott. G. SCOTTI. — In una donna di 23 anni, sofferente di gravi dolori epatici, venne riscontrata, all'atto operatorio, una grossa formazione pseudocistica nella superficie inferiore del lobo destro del fegato.

L'esame istologico dei pezzetti asportati ha dimostrato trattarsi di un caso di teleangiettasia disseminata o degenerazione cavernomatosa del fegato, eccezionale affezione della specie umana. Data la mancanza di alterazioni degenerative-necrotiche e di fatti circolatori, e in base alla morfologia delle più piccole cisti, gli OO. interpretano la lesione come una malformazione dei capillari epatici.

Dimostrazione anatomo- e isto-patologica di alterazioni dell'encefalo nella leucemia acuta.

Prof. A. COSTA. — Presentazione di una grave inondazione emorragica nel III ventricolo cerebrale in un bambino di 10 anni affetto da leucemia linfatica acuta. Dimostrazione e illustrazione di preparati istologici dello stesso encefalo, offrenti le note della proliferazione emoistioblastica avventiziale e della enorme dilatazione, per infarcimento sanguigno, degli spazi linfatici perivascolari nelle zone circostanti allo sfacelo emorragico (regione caudale del talamo di sinistra).

Segue una discussione con M. VOLTERRA sulla distribuzione del tessuto emoistioblastico nell'encefalo, che secondo il R. ha nel reticolo pericapillare la sua sede più importante ma non esclusiva.

Sopra un caso di sindrome di Marcus Gunn.

Prof. M. VOLTERRA. — Si tratta di una donna di 26 anni, degente nella Clinica Medica per febbricola tubercolare, la quale presenta fin dalla nascita un movimento associato della mandibola e di una palpebra superiore: ad ogni abbassamento o rotazione verso destra della mandibola si accompagna elevazione della palpebra superiore sinistra (sindrome di M. Gunn). La motilità del globo oculare è in questo caso normale per quanto riguarda gli altri muscoli estrinseci, invece vi è leggera dilatazione pupillare, e ipocronica dell'iride. L'O. discute le varie ipotesi patogenetiche emesse di questa singolare sincinesia (di cui si conoscono circa ottanta casi), e mette in luce la possibilità che vi abbiano parte fibre efferenti del V, recentemente dimostrate nei tronchi sensitivi di questo nervo, con i quali raggiungerebbero i muscoli oculari.

Seduta del 10 marzo 1932.

Sulle alterazioni istologiche del fegato nella intossicazione sperimentale acuta da albumine enterogenee.

Dott. V. A. BORGIOLI. — L'O. rileva come allo stato attuale non esista uno studio istopatologico sulla intossicazione proteinica acuta rimanendo questa confusa con l'anafilassi. In seguito all'introduzione a giorni alterni di forti dosi di varie albumine eterogenee nel cavo peritoneale di cavie, alcune delle quali decedevano in seguito alla prima immissione, ha riscontrato forti alterazioni a carico del fegato delle quali la più caratteristica consisteva in una grave forma degenerativa a tipo ialino. D'altra parte, una vivace reazione delle cellule del Kupffer e degli elementi avventiziali, quest'ultima estesa a tutti gli organi; alterata, in difetto, la deposizione di glicogene.

Dott. A. RONCATO. — *Situs viscer. inv. total.*

Prof. G. BLOCH. — *Raro caso di diverticolo dell'uretra posteriore.*

Carcinoma del pavimento della bocca: radiumterapia, guarigione da 3 anni.

Prof. V. PALUMBO. — L'O. presenta un paziente da lui curato col radium per una forma epiteliale del cavo orale con metastasi ghiandolari al collo: la guarigione completa si mantiene di tre anni. Il paziente è in perfetto benessere.

I preparati microscopici presentati dimostrano trattarsi di un « carcinoma spinocellulare molto atipico ».

Prof. A. COSTA e dott. E. GAY. — *Dimostrazione autoptica, mediante eviscerazione, di un caso di trasposizione laterale completa dei visceri.*

I Segretari: Proff. L. PICCHI - PIETRO NICCOLINI.

Associazione Medica Triestina.

Circolo di Cultura del Sindacato Fascista Medici.

Riunione scientifica dell'8 gennaio 1932.

Presidente: Dott. A. COFLERI.

Affezioni reumatiche.

Il dott. WINTERNITZ fa un'ampia e dettagliata relazione sullo stato attuale delle nozioni sulle *affezioni reumatiche*, con particolare riguardo alla eziologia.

Discussione: dott. LOVENATI.

Riunione scientifica del 15 gennaio 1932.

Presidente: Dott. E. COMISSO.

Viene ripresa la discussione sulle *affezioni reumatiche.*

Prof. G. MANN. — Richiama l'attenzione sulle forme extrarticolari della cosidetta malattia reumatica, forme le quali si presentano in realtà con una certa frequenza, sebbene non si possa esimersi dall'impressione che diversi autori giungano all'istituzione di questo quadro clinico con esagerato semplicismo. Secondo l'esperienza dell'O. il quadro morboso meglio caratterizzato è quello della « cardite reumatica », la quale può avere un decorso molto benigno ed evolvere a completa e definitiva guarigione. Riguardo alle alte dosi di salicilato, l'O. ne ha visti benefici effetti, ma non usa insistere colle dosi massime per più di 8-10 giorni, sia per riguardo al cuore, sia per evitare intolleranza da parte dello stomaco.

Prof. P. IACCHIA. — Rilevato che il relatore omise, forse di proposito, di accennare ad una ipotesi ancora poco documentata sulla genesi del reumatismo muscolare, ricorda le idee esposte in proposito nel giugno 1931 dal Deutsch, il quale annette valore a una supposta deficenza di istamina *in loco* quale fattore di turbe apatiche ed ischemiche. Il Deutsch formulò tale ipotesi, visto il buon effetto terapeutico ottenuto con apporto di istamina per iniezioni o per iontoforesi. L'O. ricorda in proposito come egli abbia comunicato al 24 aprile all'Associazione Medica Triestina (e pubblicato nel maggio nel *Fracastoro*) le proprie osservazioni terapeutiche con iniezioni di istamina nelle poliartriti e rileva che da allora continuò ad averne buoni effetti curativi anche in altre affezioni genericamente qualificabili come reumatiche. Per la conferma che ora viene anche da altri ricercatori (Deutsch, Trumpp) al valore analgesico e curativo della istamina nelle affezioni reumatiche, egli ritiene che gli studi in proposito vadano continuati, tanto più che l'istamina risulta di solito inefficace nelle nevralgie e nelle spondiloartriti, onde l'effetto positivo o negativo della terapia istaminica può servire anche quale criterio di diagnosi differenziale in algie di dubbia origine.

Partecipano alla discussione il prof. GRANDI, la dott.ssa CHIUMINATO, i dottori DE GRISOGONO, CHENI, ZANIER, LANG. Risponde esaurientemente il dott. WINTERNITZ.

Dott. E. MARTINICO. — Nessun aiuto diagnostico si può avere dal reperto di iperglobulia nelle *ulcere gastro-duodenali.*

Riunione scientifica del 22 gennaio 1932.

Presidente: Dott. A. COFLERI.

Un caso di dermoide erratico.

Dott. P. TAGLIAFERRO. — L'O. riferisce di una cisti dermoide saldamente aderente alla faccia inferiore del colon trasverso ed al grande omento. Ad onta che mancasse ogni connessione col genitale, l'O. ritiene molto verosimile l'origine ovarica di questa formazione congenita. Tale concetto sarebbe avvalorato dai violenti sintomi peritoneali accusati dalla paziente 28 anni or sono, mentre si trovava nel VI mese di gravidanza; questi fenomeni dolorosi, che durarono per più di una set-

timana, erano molto probabilmente legati alla torsione del tumore allora riscontrabile od alla rottura del suo peduncolo. Il tumore spostato dall'utero gravido verso il colon trasverso avrebbe finito con contrarre intime aderenze con questo organo e coll'omento. Le numerose gravidanze successive ed il lungo tempo trascorso tra l'incidente e l'operazione potrebbe giustificare la completa scomparsa di ogni traccia di peduncolo nonchè di qualunque fatto reattivo intorno al genitale. L'assenza di elementi di indubbia origine ovarica nella parete della cisti potrebbe ricevere una spiegazione oltre che dall'età stessa della donna dai fatti regressivi chiaramente documentati dalla cospicua degenerazione calcarea della parete. (Viene dimostrato il pezzo anatomico asportato).

Dott. P. TAGLIAFERRO. — *Un caso di amputazione extrafasciale del retto per via addomino-perineale in donna affetta da esteso neoplasma del retto infiltrante la vagina.*

Riunione scientifica del 29 gennaio 1932.

Presidente: Dott. A. COFLERI.

Dott. L. EPSTEIN. — Presenta un paziente con *Lupus erythematodes disseminatus.*

Dott. G. BATTIGELLI. — *Quadri clinici della tubercolosi polmonare.*

Echinococco simulante sarcomatosi epato-renale.

Prof. IACCHIA. — L'O. presenta un giovane ventenne accolto nell'agosto 1931 nell'Ospedale Principe di Piemonte con notevole tumefazione del fegato, che aveva fatto sospettare un echinococco. La diagnosi sembrò invalidata dalla negatività delle reazioni del Casoni e di Ghedini-Weinberg e dello esame di eosinofilia, oltre che dal dato anamnestico di una rapida crescita del tumore. Più in basso all'orlo inferiore del fegato si palpava un secondo tumore duro, non spostabile, dolente, che si identificava col rene destro. Si riscontrò ancora eritreniturìa permanente, insufficienza funzionale con la prova della diluizione, considerevole aumento della velocità di sedimentazione delle emazie. Con la pielografia discendente si rilevò normale posizione e funzione del rene sinistro, mentre il rene destro palesò scarsa e ritardata iniezione con ristagno di sostanza di contrasto nel bacinetto ed apparve abbassato e spostato verso la linea mediana.

Per tali rilievi si dovette pensare a sarcoma del polo superiore del rene destro che avesse aggredito la parete posteriore del fegato. Siccome però nel corso di due mesi il malato si andava rimettendo dall'inizialmente constatato grave deperimento ed aumentava di peso, ne risultò scossa la diagnosi di malignità e si decise una laparotomia esplorativa.

Il fegato apparve esternamente normale, ma con profonda punzione si estrasse liquido di cisti da echinococco. L'atto operativo confermò trattarsi di una acefalocisti centrale del fegato. Il paziente è guarito. Ulteriori controlli dimostrano l'attuale integrità del rene destro, che con nuova pielografia appare ora in sito ed a funzione normale. I precedenti reperti renali si attribuiscono a spostamento e compressione dei vasi e dell'uretere per opera della cisti epatica. L'O. deduce dal caso l'opportunità di largheggiare con laparotomie esplorative anche in casi apparentemente inoperabili.

Dott. LINKA. — Presenta un caso di *tubercolosi della mandibola con una zona anestetica nella regione del mento.*

Riunione scientifica del 5 febbraio 1932.

Presidente: Dott. A. COFLERI.

Il prof. RIMINI presentò due casi di *vertigine otogena.*

Il prof. E. CANESTRINI parlò delle cure della *vertigine di origine tubaria.*

Il dott. MARINO GOPCEVICH riferisce su di un *episodio evolutivo acuto in sclerosi a piastre.*

Riunione scientifica del 12 febbraio 1932.

Presidente: Dott. A. COFLERI.

Il prof. CESARE CAVINA, di odontoiatria nella R. Università di Padova e di chirurgia orale nella R. Università di Bologna, tenne una lezione sul tema: *La chirurgia dell'ipofisi.*

Riunione scientifica del 26 febbraio 1932.

Presidente: Dott. A. COFLERI.

Nell'adunanza scientifica dell'Associazione Medica Triestina, Circolo di Coltura del Sindacato Prov. Fascisti Medici, il prof. GIOVANNI SAI parlò su *Costantino Economo e la nevropatologia moderna.*

I Segretari: M. NOVAK, L. WINTERNITZ.

R. Accademia dei Fisiocritici di Siena.

Seduta del 26 febbraio 1932.

Direttore: Prof. G. AYALA.

A. ROSTAN. — *Su di un caso di tumore del lobo frontale.*

G. OLMI. — *Contributo anatomo-clinico ai tumori della cauda equina.*

Il quadro morfologico e chimico del sangue nella policitemia rubra.

L. CROSETTI. — L'O. ha compiuto estese ricerche in quattro casi di policitemia rubra.

A carico dei globuli rossi ha osservato un certo grado di microcitosi, un discreto aumento dei granulofilociti circolanti con lieve esaltamento del ricambio emoglobinico; resistenza globulare normale. L'azoto incoagulabile fu trovato in tutti i casi moderatamente aumentato, l'equilibrio K/Ca non alterato per una lieve parallela elevazione dei due cationi nel siero. Curva glicemica dopo carico di glucosio ritardata, notevole elevazione della viscosità sanguigna, normali valori dell'indice refrattometrico del siero, del tempo di coagulazione e di emorragia. In tutti i casi ha osservato un aumento notevole della massa sanguigna e del volume dei globuli rispetto a quello del plasma.

L'O. illustra l'importanza ed il significato di questi rilievi, anche nei riguardi della differen-

ziazione della policitemia vera da eritrocitosi sintomatiche.

G. CORBINI. — *Il comportamento della diastasi negli essudati e nei trasudati.*

Alcuni rilievi sull'esame e il valore semeiologico delle arborizzazioni venose superficiali della parete antero-laterale del torace e dell'addome.

Dott. E. SAMEK. — Le arborizzazioni e i reticoli venosi sottocutanei che compaiono alla superficie antero-laterale del tronco possono riconoscere varie cause. Nella gran maggioranza dei casi sono un indice sensibile e precoce di un disturbo circolatorio di vene profonde del torace e dell'addome o di certi visceri. Queste ripercussioni periferiche sono possibili e sono condizionate nella loro modalità, dalle molteplici comunicazioni anastomotiche tra vene esterne ed interne della parete toraco-addominale e sistemi venosi di certi visceri (principalmente sistema portale, piccolo circolo); inoltre, in grado minore e variabile, dalla capacità che ha l'organismo di creare nuovi vasi.

Se il disturbo circolatorio primario consiste in una semplice stasi del sangue senza interruzione della corrente, la comparsa delle arborizzazioni venose alla superficie del tronco, dipende da un certo ostacolo che incontra a sua volta il sangue delle vene superficiali a defluire nelle profonde sovraccariche. Se invece l'ostacolo dipende da una interruzione più o meno completa della corrente, allora le dilatazioni delle vene superficiali sono dovute ad inversione della corrente dalla profondità verso la superficie del corpo ed hanno significato di circolazioni venose supplementari. Lo studio di queste arborizzazioni superficiali e specialmente il rilievo della loro topografia, della direzione della corrente e la conoscenza delle comunicazioni anastomotiche, può permettere di localizzare talora con notevole precisione la sede dell'ostacolo.

L'O. ricordate schematicamente le disposizioni anatomiche, espone alcuni espedienti di tecnica da adottarsi per l'esame dei reticoli venosi superficiali e specialmente per riconoscere la direzione della corrente; presenta un piccolo apparecchio per la misura indiretta della pressione venosa essendo il metodo di determinazione diretta spesso impossibile ad applicarsi in questi casi. Dimostra poi alcune distribuzioni di reticoli venosi caratteristici di ostacoli alla circolazione portale, della vena cava inferiore e superiore e di questi tipi puri precisa le differenze fondamentali: essi possono combinarsi tra loro creando dei tipi misti di cui è necessario studiare volta per volta la patogenesi e il significato clinico. I reticoli della parete anteriore del torace, oltre che da stasi o circolazione supplementare, rispettivamente per stasi di occlusione delle vene profonde, è molto verosimile che possano dipendere anche dalla iperemia polmonare che può farsi risentire fino alle vene della superficie esterna per le anastomosi esistenti fra il grande e il piccolo circolo.

Perfezionamenti alla tecnica dell'esame funzionale dello stomaco.

Dott. SABATINI. — L'O. riferisce sull'utilità della posizione di lordosi accentuata per l'esame della funzionalità gastrica e su quella della via nasale per l'esame di detta funzionalità. Illustra i principali tipi di sedimento che si osservano nel contenuto gastrico delle varie forme di gastrite cronica.

Infiltrati tisiogeni peri-ilari.

Dott. ANTONIO ARCHI. — L'O., premessa una breve esposizione della teoria della origine ilare della tubercolosi post-primaria, descrive cinque casi di infiltrato tisiogeno in sede peri-ilare, illustrandone le modalità di propagazione e di evoluzione successiva. In base a queste osservazioni cliniche, ritiene di non aver elementi probativi sufficienti per accettare tale teoria, più probabile essendo le altre modalità patogenetiche ammesse per gli infiltrati precoci di altra sede.

Contributo alla etiologia della insufficienza convergenza oculare.

A. ALIQUÒ MAZZEI. — In base allo studio di numerosi casi di insufficienza della convergenza l'O. giunge a concludere che tale affezione non è dovuta ad alterata funzione dei muscoli retti interni, bensì ad un disturbo di natura nervosa, interessante il centro sopranucleare di coordinazione dei movimenti di convergenza la cui esistenza è oggi pressochè concordemente ammessa.

U. GRASSI. — *Costruzione razionale di un bagno a temperatura costante.*

Società Medico-Chirurgica di Modena.

Seduta del 19 febbraio 1932.

Presiede il prof. SISTO.

L'endorachide.

Prof. G. FAVARO. — L'O. ritiene che l'endorachide, come formazione omologa dell'endocranio, sia presente solo in corrispondenza delle parti ossee scoperte del canale delle vertebre, ove si identifica con il loro periostio, mentre manca a livello non solo dei ligamenti interposti fra le vertebre, ma anche di quelli che ne rivestono internamente il canale osseo, dove essa viene pure descritta.

Linfogranuloma inguinale.

Prof. L. PAIS. — L'O. riferisce su tre casi di linfogranuloma inguinale o malattia di Nicolas-Favre, la cui diagnosi clinica fu convalidata dalla positività della reazione intracutanea di Frei, mezzo biologico ritenuto ormai indispensabile per sicura diagnosi di linfogranuloma inguinale, perchè specifico di questa malattia.

L'aspetto papulo-vescicolare della lesione genitale primitiva riscontrata in uno dei casi e la controllata evoluzione di questa lesione lo inducono a formulare la ipotesi che la lesione genitale primitiva del linfogranuloma inguinale insorga ordinariamente con caratteri vescicolari erpetiformi o papulo-vescicolari, e che a questo stadio iniziale, assai fugace in ragione della fragilità della vescicola stessa, succede quella forma erosiva o papulo-erosiva descritta come tipica delle lesioni primitive.

L'insolito, occasionale reperto e l'ipotesi formulata in base ad esso verrebbero in appoggio alla parentela del linfogranuloma inguinale con altre malattie da virus filtrabile, da qualche Autore assai di recente prospettata in seguito ai risultati

di ricerche sperimentali che chiarirebbero definitivamente l'etiologia dell'infezione, da attribuirsi precisamente ad un virus filtrabile sin'ora invisibile, che inoculato per via intracerebrale nelle scimmie catarrine provoca una meningo-encefalite mortale. Dalla cura antimoniale per via endovenosa ottenne nei tre casi studiati la completa guarigione, rapida rispetto ad altri interventi terapeutici e perciò preferibile.

Prendono la parola i proff. ROSSI, RAVENNA, SISTO.

Dott. G. PANCRAZI. — *Anormale sviluppo delle cellule etmoidali posteriori.*

Dott. L. RUBBIANI. — *La fessura etmoidale.*

Azione degli estratti ipofisari sulla diuresi in individui normali ed in un caso di diabete insipido.

Dott. L. RUBBIANI. — L'O. riferisce di aver eseguito numerose esperienze su individui normali per osservare il comportamento degli estratti della parte posteriore dell'ipofisi in rapporto alla secrezione urinaria. Sia con i metodi suggeriti dal Kuckarski (diuresi provocata), sia secondo quelli suggeriti dal Labbé (diuresi frazionata), l'O. ha riscontrato in tutti i casi che la iniezione di estratto posteriore di ipofisi induce sempre nei soggetti normali, una oliguria notevole durante il giorno, durante la notte ed il sonno fisiologico.

In un caso di diabete insipido si ebbe una notevole riduzione dela poliuria.

Dott. G. NANNINI. — *Epicrisi di un caso di paralisi del nervo ricorrente sinistro in vizio mitralico.*

Il Segretario: Prof. G. MARGRETH.

Federazione Nazionale Italiana Fascista per la lotta contro la tubercolosi.

(Sezione Regionale Siciliana).

Seduta del 21 gennaio 1932, in Palermo.

Presidente: Prof. M. ASCOLI.

Pneumotorace artificiale in regime aderenziale.

G. CIRIMINNA. — L'O. considera il pneumotorace che si esegue in presenza di aderenze pleuriche, dal punto di vista diagnostico e da quello terapeutico. Nel campo diagnostico esso rivela l'esistenza delle aderenze, sia per il comportamento dei reperti manometrici, sia per i dati del reperto radiologico. Specialmente con le radiografie in serie dell'apparecchio respiratorio si può dimostrare, in parte, la sede e l'estensione delle aderenze stesse. Nel campo terapeutico il pneumotorace artificiale serve al distacco delle aderenze lasse ed allo stiramento di quelle nastriformi e cedevoli e, sulla guida delle indicazioni radiologiche, serve per favorire in casi rari anche il collasso delle zone più interessante dal processo specifico, che sono quasi sempre a livello delle aderenze. Infine, è utile per le indicazioni o le controindicazioni all'intervento chirurgico e per preparare il terreno all'intervento stesso: stirando le aderenze in modo da renderle più aggredibili al taglio, ed allontanando il polmone dalla parete toracica così da rendere meno pericoloso l'atto operativo. L'O. completa la sua relazione con la proiezione di varie radiografie illustranti le prospettate applicazioni del pneumotorace artificiale.

Amenorrea temporanea da raggi X nella tubercolosi polmonare.

G. ARNONE. — Tra i fattori che influenzano i cicli evolutivi della tubercolosi polmonare nelle donne, determinando una più spiccata tendenza alle forme miliari, alle recidive, o comunque, turbando l'equilibrio immunitario del soggetto, stanno, in prima linea, la pubertà, il periodo mestruale, la gravidanza, il puerperio.

L'O. prende in esame la condizione delle donne affette da tubercolosi polmonare clinicamente guarita, all'atto del ritorno nella società e nelle famiglie. Esse, nei primi due-tre anni che seguono al processo di apparente guarigione, potrebbero andare soggette a facili recidive con grave danno per se stesse, per la famiglia, e per la prole, anche perchè i figli, concepiti in un periodo in cui i poteri immunitari del soggetto non si sono stabilmente affermati, sono sicuramente dei minorati.

Poichè da autorevoli radiologi, in Italia ed all'estero, viene rimesso oggi sul tappeto il problema della röntgen-sterilizzazione delle ovaie in via temporanea, cioè con amenorrea limitata ad 1-3 anni, l'O., pure non dissimulandosi le difficoltà della tecnica, non ancora universalmente accettata e tanto meno codificata, discute sul principio teorico e pratico di tale cura. Egli è di avviso che la röntgen-sterilizzazione temporanea delle ovaie, debba essere applicata, sempre previa autorizzazione collegiale e col consenso della famiglia, e possa essere consigliata con vantaggio dell'inferma, della società e della prole.

Ritiene che solo l'esperienza e gli ulteriori studi sperimentali e clinici potranno decidere sull'applicazione del metodo in più larga scala. Illustra due casi nei quali la röntgen-sterilizzazione temporanea diede ottimi risultati terapeutici. In uno degli stessi casi si ebbero, dopo il periodo amenorroico, gravidanza e parto normali, con neonato normalmente sviluppato.

O. TEMPESTINI. — *Il calcio nella saliva dei tubercolotici. (Ricerche sperimentali).*

A. CINQUEMANI e A. GULOTTA. — *Meningite tubercolare all'inizio del pneumotorace terapeutico. (Osservazione clinica e anatomica).*

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

DALLA PRATICA CORRENTE.

L'utilizzazione della ginnastica per la donna nella pratica medica.

(H. SELLHEIM. *Mediz. Klin.*, 4 dicembre 1931).

Il problema della ginnastica medica assume una importanza speciale riguardo al sesso femminile, la cui evoluzione biologica è, si può dire dominata da un avvenimento: la riproduzione. La gravidanza apporta notevoli modificazioni nell'apparato scheletrico e nell'apparato muscolare (ventre e bacino) della donna; inoltre avendo per effetto l'aumento di 1/6 del peso corporeo materno causa nella donna un esercizio funzionale automatico per la muscolatura dell'addome: l'aumento di peso viene infatti a spostare il centro di gravità dell'organismo all'indietro, sì che i muscoli dell'addome, del tronco e degli arti inferiori devono notevolmente aumentare il loro lavoro per mantenere l'equilibrio.

È necessario quindi che l'organismo femminile sia preparato sin dalla pubertà a ben sopportare la maternità: a ciò serve la ginnastica medica: le indicazioni di essa variano secondo l'età e le condizioni fisiologiche della donna.

Nel periodo della *pubertà* non bisogna abusare della ginnastica e dello sport: Westmann ha osservato in donne troppo sportive rigidità e durezza del pavimento pelvico da cui difficoltà nel parto e conseguenti danni al feto. Secondo Schnell le donne ultra-sportive devono essere considerate quali lavoratrici pesanti. Esse, in seguito all'abuso dello sport, acquistano tardivamente e perdono precocemente le loro funzioni sessuali: una vera e propria senilità precoce causata da alterato funzionamento delle ovaie e dell'ipofisi.

Nel periodo della *gravidanza* la migliore ginnastica consiste nel lavoro o professione giornaliera, purchè non importino sforzi eccessivi. È assai indicato per la gravida il passeggio all'aria libera: in tale maniera tutti i muscoli del corpo vengono esercitati ed in special modo quelli che sono interessati nella gravidanza e nel parto. In donne gravide sane e con sviluppo normale della muscolatura addominale è controindicato l'uso di ventriere: le quali però in condizioni opposte producono un buon effetto in quanto coadiuvano il ristabilirsi della forma e dell'elasticità delle pareti addominali, che in seguito a gravidanze pregresse abbiano perduta una parte del loro tono e del loro potere contrattile.

Nel *puerperio* l'uso della ventriera è di poco giovamento qualora non accompagnato da una ginnastica metodica.

Infatti la ventriera limita i movimenti della muscolatura addominale mentre gli esercizi ginnastici opportunamente scelti coadiuvati da una giusta applicazione del bendaggio addominale sono di grande utilità in quanto regolano efficacemente il processo di involuzione che si verifica normalmente nel puerperio e che colpisce i muscoli addominali già ipertrofizzati dalla gravidanza. È meraviglioso vedere il ventre muliebre riprendere forma e consistenza quasi virginea in seguito ad una ginnastica metodica e sistematica applicata per 6-8 settimane oltre la involuzione muscolare addominale.

Questi esercizi muscolari non devono essere eseguiti nei primi giorni del puerperio perchè in tale periodo tutta la muscolatura addominale si trova in stato di rilasciatezza e sovradistensione: è solo quando si presume che l'imbuto muscolare dell'elevatore dell'ano abbia ripreso la forma e il tono che esso aveva prima della gravidanza che si deve iniziare la ginnastica metodica. In tal modo si sono viste delle multipare con parete addominale rilasciata, in cui l'addome, dopo una opportuna cura ginnastica, riprendeva la forma che aveva prima della prima gravidanza.

La donna entrata in *menopausa* deve osservare le norme più scrupolose dell'igiene, deve astenersi da occupazioni gravose (lavori continui e pesanti, vita troppo sedentaria): specialmente in questo periodo è indicato l'uso di una ginnastica metodica. È proprio in questo periodo che tutto l'organismo femminile entra in lotta contro i profondi cambiamenti fisici e psichici prodotti dalla menopausa (tempo di stabilizzazione dell'equilibrio endocrino-ghiandolare). Questa lotta richiede grande forza e resistenza fisica, le quali solo con una ginnastica ben adatta potranno essere acquistate ed utilizzate.

Nelle malattie del basso ventre la ginnastica può essere utile o dannosa: è utile in molti casi di infiammazioni croniche dei legamenti e degli annessi ove provoca anche il riassorbimento di vecchi essudati. È invece dannosa nei tumori perchè ne favorisce lo sviluppo.

In sostanza la ginnastica, applicata metodicamente e con parsimonia, può in moltissimi casi essere di valido aiuto al pratico che dovrebbe largamente servirsene. Portata invece all'esagerazione o trasformata al grado di sport violento o continuo produce danni che avranno una ripercussione su tutta la vita sessuale della donna. Anche in questo dunque *est modus in rebus.*

G. LA CAVA.

CASISTICA E TERAPIA.

La cianosi familiare congenita.

U. Rabbiosi (*Cuore e circolazione*, dic. 1931) riferisce su 3 casi di cianosi congenita osservati in 3 su 5 fratelli di una stessa famiglia. In tutti 3, si avevano come sintomi fondamentali comuni l'iperglobulia e la cianosi, comparse all'atto della nascita, permanenti nelle epoche ulteriori della vita, con accentuazioni che l'anamnesi e l'osservazione dimostrano in stretto rapporto con l'attività cardiaca (esclusione delle forme tipo Vaquez).

La scarsità dei dati plessimetrici, l'assenza pressochè assoluta di ogni rilievo acustico e l'esame elettrocardiografico muto rendono difficile l'impostazione del problema diagnostico, che però si orienta verso una malformazione congenita.

All'esame radiologico, cuore totalmente, ma non molto notevolmente ingrandito a sviluppo prevalente delle cavità destre; esagerazione dell'arco medio dilatato e pulsante, specie nella sua parte superiore, dati che fanno scartare l'ipotesi di una comunicazione ventricolare pura.

Soprattutto in base all'esame radioscopico, l'A. ha pertanto portato la diagnosi di stenosi polmonare con perforazione del setto interventricolare. *fil.*

I dati sfigmomanometrici nello studio delle ipotensioni.

G. Dalla Torre (*Cuore e circolazione*, dic. 1931) illustra il decorso di vari tipi di ipotensione, alcune transitorie, altre permanenti e dimostra che queste due forme hanno in realtà un comportamento diverso, in quanto che le prime migliorano con il regredire ed il cessare dello stato morboso che le aveva determinate e le seconde permangono invece immutate anche se lo stato del paziente si fa più soddisfacente, essendo legate ad uno stato costituzionale ben difficilmente modificabile.

Lo studio manometrico, specialmente se ripetuto a varie epoche, può dare preziose notizie sullo stato circolatorio di un individuo sia che si tratti di un iper- che di un ipoteso.

Tale studio, però, deve rimanere soltanto come uno degli elementi per formulare la diagnosi. Specialmente per quanto riguarda la ipotensione, si deve tener presente che essa, di per sè, non rappresenta tutto il quadro morboso, ma soltanto uno degli aspetti sotto cui si palesa lo stato di deficienza costituzionale. Allo stato attuale delle nostre conoscenze, dobbiamo accontentarci di riconoscere l'importanza della pressione, pur senza coglierne l'intimo meccanismo ed il vero significato.

Per quanto riguarda la terapia, l'A. ha ottenuto i migliori risultati con l'uso di preparati stricnici ed opoterapici (surrene) insieme combinati; i soli preparati surrenali e la adrenalina mostrarono effetto poco evidente e temporaneo. *fil.*

La diatermia nel trattamento della fibrosi e della insufficienza del miocardio.

S. Biondo (*Cuore e circolazione*, genn. 1932) mette in rilievo il fatto che la lues ed il reumatismo agiscono sul miocardio, producendone anossiemia e fibrosi; tale condizione può essere combattuta mediante la diatermia transtoracica, la quale può produrre iperemia del miocardio e miglioramento del metabolismo basale.

Sono riportati 14 casi trattati con tale mezzo, di cui 9 affetti da degenerazione cardio-vascolare ed angina pectoris e 5 con endocardite cronica reumatica ed incipiente scompenso congestizio. Gli effetti benefici della diatermia sono studiati ed investigati con dati clinici e controlli diversi, quali: elettro- e telecardiogramma, misure della pressione arteriosa, del polso, della temperatura e della capacità funzionale del cuore.

Sono fra l'altro da rilevare i miglioramenti nelle condizioni generali: ritorno dell'appetito, sonno tranquillo e continuato, sensazione di benessere fisico e di sveltezza mentale, diminuzione della depressione psichica e del nervosismo, maggiore rendimento del lavoro e buona disposizione psichica. In 8 casi su 9, il dolore della sindrome anginosa fu sempre vinto dalla diatermia e gli attacchi diminuirono di frequenza, durata, gravità ed irradiazione sino a completa scomparsa, che si verificò in 4 pazienti; l'unico caso che resistette alla cura diatermica fu in seguito molto migliorato con l'uso dei bromuri. *fil.*

Tromboflebiti dell'arto superiore destro.

M. Chifoliau, A. Folliasson, Ch. Lenormant et H. Mondor (*Presse Médicale*, 1931, n. 31 e 1932, n. 5) portano un contributo alla patogenesi ed alla cura delle cosidette trombosi da sforzo degli arti superiori. In due dei tre casi osservati dagli autori complessivamente, è stata fatta una resezione della vena trombosata; colture praticate hanno dato luogo a sviluppo in un caso di staffilococco e colibacillo associati, nell'altro allo streptococco.

Dal punto di vista della cura Chifoliau e Folliasson insistono sulla utilità della resezione della vena trombosata la cui asportazione affretta notevolmente la guarigione dell'affezione.

B. Paggi.

Sulla prevenzione e sul trattamento di trombosi ed emboli postoperatori.

Bancroft (*Med. Times and Long Island Med. Jour.*, feb. 1932) rileva che la trombosi è dovuta al *trauma* e all'*infezione*, che rallentano il circolo.

Tuttavia si è notato che qualche volta non si ha una trombosi in casi in cui questi due fattori sono presenti in gran numero; e viceversa può svilupparsi una trombosi pur essendo minima l'importanza dei due fattori predetti.

Gli studi compiuti al Fifth Avenue Hospital hanno messo in evidenza un terzo fattore molto importante: la *coagulazione del sangue*.

Si è allora trovato un modo per determinare *l'indice di coagulazione;* in questo indice la *protrombina* e il *fibrinogeno* sono i *numeratori* e l'*antitrombina* il *denominatore;* l'indice normale è 0,5 ± 0,2. Un indice di 0,9 o di + è considerato come un segno sicuro dell'aumento della tendenza alla coagulazione del sangue.

L'esame del sangue e la determinazione dell'indice di coagulazione si fanno prima dell'operazione e 3 e 5 giorni dopo.

Sulla base di questi studi si sono distinti *due tipi di trombosi postoperatorie*:

1) *tipo a*: con trombosi come fattore predominante, gonfiore della gamba e occlusione definitiva della vena, ma con piccola elevazione febbrile;

2) *tipo b*: con tromboflebite come fattore predominante, con febbre alta, infezione e qualche volta batteriemia.

I casi del *tipo a* furono trattati con thiosolfato di Na per ridurre l'indice di coagulazione; si somministrarono 10 cc. di una soluzione al 10 %, e la dose fu ripetuta nelle 24 ore. *Nove casi con un indice di coagulazione elevata* dopo l'operazione furono trattati profilatticamente con thiosolfato di Na e si ottenne un abbassamento dell'indice di coagulazione in tutti, ma in un caso con normale protrombina ed elevato fibrinogeno non si sviluppò la trombosi. In *6 casi di trombosi* trattati con questo metodo la guarigione fu rapida.

Nel *tipo b* (tipo settico di tromboflebite) hanno dato eccellente risultato le iniezioni endovenose di violetto di genziana alla dose di 50 cc. di una soluzione al 0,5 %, ripetute due o tre volte a giorni alterni.

Non si è avuto nessun caso di morte per embolia. R. MARTONE.

SEMEIOTICA.

La provocazione diagnostica del carcinoma.

Per provocare una sieroreazione positiva, un cancro deve trovarsi in uno stadio avanzato di sviluppo, per introdurre in circolo una quantità sufficiente di sostanze. Quindi la reazione di Abderhalden non dà reperti positivi che in una forte percentuale di casi assai avanzati.

Beck (*Münch. med. Wschr.*, vol. 77, n. 12) ha pensato di provocare l'entrata precoce in circolo di tali sostanze, ed ha usato per ciò sostanze di cui sia nota l'azione terapeutica, distruttiva sul tessuto di tumori maligni.

Egli ha usato acido colloidale organico della serie del pirogallolo, associato a minime quantità di sodio, oro, e zucchero. Tali iniezioni ha praticato endovenosamente 3 volte. 24 ore dopo diventavano positive molte reazioni prima negative, evidentemente per i prodotti necrotici messi in circolo. I risultati salgono dal 46 % al 70 % di positività.

La provocazione agisce tanto più sicuramente, quanto più piccolo è il tumore. I migliori risultati sono dati da tumori della pelle, della mammella e delle ghiandole linfatiche (dal 41 % al 91 %). A. CALÒ.

NOTE DI TECNICA.

Un metodo spettrofotometrico per la determinazione del pH applicabile ai liquidi torbidi e colorati.

Nel corso di uno studio iniziato da C. L. Ducco (*La Prensa Médica Argentina*, 20 gennaio 1932) sulle albumine dei differenti liquidi dell'organismo, egli ha riscontrato una certa difficoltà ad avere determinazioni precise del pH in liquidi torbidi e colorati.

Egli però è riuscito ad ottenere risultati soddisfacenti con un metodo spettro-fotometrico che presenta ai colleghi.

Come coloranti adatti alla determinazione del pH egli ha scelto nella serie delle ftaleine cinque sostanze che coprono tutta la gamma di pH compresa tra 3,0 e 9,0 più che sufficiente per tutti i lavori di chimica biologica. I colori scelti sono i seguenti: azzurro di bromofenolo, verde di bromocresolo, porpora di bromocresolo, azzurro di bromotimolo, rosso di cresolo.

Una soluzione qualunque del colorante si diluisce con acqua distillata fino a che un cc. di questa soluzione, mescolato con un cc. di idrato sodico, N/10 dia un liquido che presenti nella lunghezza d'onda di massimo assorbimento, una densità ottica uguale ad 1,00. Se invece dello spettrofotometro si userà un fotometro è necessario adoperare adatti filtri.

Per i liquidi incolori e trasparenti si mescolano volumi eguali di liquido in esame e della soluzione del colorante e si determina la densità ottica della miscela, nella lunghezza d'onda corrispondente o con il filtro adeguato.

Con la determinata densità ottica si cerca nella tabella unita al lavoro, il pH corrispondente.

Nel caso di liquidi torbidi o colorati si fanno due determinazioni della densità ottica:

una sulla miscela di parti uguali di liquido in esame e soluzione di colorante; una sulla miscela di parti uguali di liquido in esame e acqua distillata. La differenza tra le determinazioni ci fornisce la densità ottica dovuta al colorante, col cui valore si cerca nella tabella compilata dall'A. in pH corrispondente.

VICENTINI.

RUBRICA DELL'UFFICIALE SANITARIO

Il tracoma.

La profilassi del *tracoma* o *congiuntivite granulosa* è stata fatta oggetto di speciali provvidenze legislative solo in epoca relativamente recente e più propriamente col *R. Decreto 23 ottobre* 1919, *n.* 2292 convertito nella *legge 29 giugno* 1922, *n.* 1004. Prima di questo decreto esistevano solo alcune disposizioni generiche sulla profilassi scolastica delle oftalmie contagiose, contenute nel regolamento generale sanitario 3 febbraio 1901, n. 45 (articolo 145), nel regolamento per la profilassi delle malattie contagiose nella scuola del 16 ottobre 1903 ed in quello generale per l'istruzione elementare del 6 febbraio 1908, n. 150. Col ricordato decreto 23 ottobre 1919 fu autorizzata la concessione di mutui senza interessi agli Enti pubblici, o ad Istituti di beneficenza, od altri Enti morali, allo scopo di provvedere alla costruzione, sistemazione e arredamento di ambulatori antitracomatosi e di speciali luoghi di cura destinati al ricovero degli infermi di tracoma. Furono inoltre stanziati annualmente, nel bilancio dello Stato, appositi fondi per sussidiare l'istituzione di servizi di cura del tracoma, specialmente da parte di Enti che non possono beneficare dei mutui; e per contribuire al funzionamento di ambulatori o reparti ospitalieri antitracomatosi, ed allo svolgimento di corsi di propaganda o di istruzione dei medici nella pratica della diagnosi, della cura e della profilassi della malattia. Inoltre l'art. 5 del decreto ha reso obbligatoria *la denunzia dei casi di tracoma* riscontrati nelle scuole, istituti di educazione o di cura, opifici industriali e collettività in genere.

Alle norme per la profilassi del tracoma nelle scuole abbiamo già accennato illustrando il regolamento 9 ottobre 1921, n. 1981, per la difesa contro le malattie infettive nelle scuole (1); essa si fonda sopratutto sulla segnalazione dei casi, anche sospetti, da parte degli insegnanti; sulle periodiche visite sanitarie nelle scuole e sulla istituzione di banchi speciali o meglio di classi o scuole apposite per tracomatosi. L'obbligo della denunzia dei casi di tracoma nelle collettività è stato riaffermato col decreto ministeriale 15 ottobre 1923 sulla denunzia delle malattie infettive, che lo ha esteso anche esplicitamente agli addetti alle coltivazioni delle risaie.

Tutte queste provvidenze legislative sono già largamente attuate e la loro applicazione sarebbe anche più ampia se non fosse necessariamente limitata dalla disponibilità dei mezzi finanziari. Così i soli ambulatori antitracomatosi sussidiati dallo Stato, che nel 1919 erano 82, nel 1929 sono saliti a 306, che assistono in media 60 mila malati all'anno, ed i reparti per il ricovero e la cura dei malati di tracoma da 11 sono aumentati a 28. In molte località sono state istituite classi ed anche apposite scuole per tracomatosi, dove gli alunni infermi, isolati dai sani, sono sottoposti ad adatte cure per opera di specialisti; e presso le sedi universitarie e nelle zone più colpite si tengono annualmente corsi di istruzione e di propaganda per i medici e per gli insegnanti elementari.

La lotta, però, deve essere, per quanto è possibile, intensificata perchè, purtroppo, il tracoma rappresenta ancora in certe regioni di Italia, una grave malattia sociale. Variamente diffusa nel Regno, essa colpisce sopratutto l'Italia meridionale e le isole, mentre è meno frequente nell'Italia centrale ed ancora meno nella settentrionale, dove si trova localizzata a preferenza in alcuni centri industriali. Un indice dell'importanza della malattia è dato dal numero dei rivedibili e riformati per tracoma nelle leve militari; la proporzione media negli ultimi anni oscilla nel Regno intorno all'8,5 su 1000 iscritti, ma si va da cifre bassissime inferiori al 0,1 per mille (Venezia Tridentina) a cifre più elevate intorno al 30 per mille in Sicilia, al 40 per mille nelle Puglie e fino al 55-60 per mille in Sardegna; cifre che dimostrano la gravità dell'endemia in alcune zone. In queste zone le istituzioni funzionanti col concorso dello Stato o quelle di Enti diversi, come, per es., l'Ente provinciale per la lotta contro il tracoma di Lecce, ed analoghe istituzioni di altre provincie, la Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali, che ha nel Mezzogiorno numerosi ambulatori antitracomatosi, concorrono efficacemente alla lotta contro il tracoma, ma è opportuno che anche le Autorità sanitarie comunali e quindi gli ufficiali sanitari dedichino ogni loro sforzo a combattere questa forma morbosa che, per la lunga durata e per la gravità delle complicanze e dei postumi (cecità), si ripercuote nel modo più dannoso sulla salute e sull'economia pubblica, riducendo notevolmente la capacità lavorativa di molti individui nell'età più produttiva della vita.

Senza entrare nella dibattuta questione dell'eziologia del tracoma, nè descriverne i ben noti caratteri clinici, importa ricordare che esso nel suo lungo decorso è indubbiamente contagioso, almeno fino a quando non sia

(1) Il Policl., Sez. Pr., n. 50, 1930.

giunto allo stadio cicatriziale, nel quale il processo infettivo può considerarsi ormai spento. Interessa perciò sopratutto richiamare l'attenzione degli ufficiali sanitari sulla profilassi della malattia. Questa comprende le misure applicabili agli individui malati, quelle scolastiche e quelle dell'ambiente di lavoro. Per la profilassi individuale, oltre agli ambulatori antitracomatosi, che, colla tempestiva cura degli infermi, tendono a diminuire il numero dei focolai di diffusione del contagio, hanno dato ottimi resultati in provincia di Sassari, i servizi di cura e di propaganda igienica a domicilio, cioè nella casa stessa dei malati, fatti da medici specialisti coadiuvati da infermiere o da assistenti sanitarie. È noto che il tracoma è sopratutto malattia della casa povera, sudicia e sovraffollata; perciò utilissimo può riuscire l'intervento del personale sanitario che, oltre a curare gli infermi ed a sorvegliare le condizioni di salute delle altre persone di famiglia, farà della propaganda spicciola, indicherà le precauzioni necessarie per evitare i contatti pericolosi, inculcherà le abitudini di pulizia e di ordine della casa, insegnerà le regole di nettezza delle mani e della faccia ed il modo di disinfettare gli oggetti contaminati (biancheria personale e da letto, oggetti d'uso, giocattoli, penne, libri, ecc.), renderà, in una parola, l'ambiente familiare fattore di difesa invece che di diffusione del contagio tracomatoso.

Nella scuola l'opera del sanitario che, con accurate visite periodiche sorveglierà le condizioni di salute degli alunni riguardo alle affezioni oculari, dovrà essere fiancheggiata dalla collaborazione degli insegnanti colla pronta segnalazione dei casi, anche solo sospetti, di infiammazione congiuntivale. Nella scuola pure le abitudini di pulizia dei bambini, l'ordine e la disciplina per evitare lo scambio di oggetti personali, devono essere sempre scrupolosamente osservate perchè concorrono efficacemente ad impedire eventuali contagi. Quando qualche caso di malattia si presentasse si applicheranno le disposizioni del regolamento già ricordato; di fronte poi ad un numero maggiore di colpiti, spetta all'autorità sanitaria proporre l'istituzione di classi o scuole speciali per tracomatosi, che dovranno essere insieme fattore di profilassi e di cura e funzionare sotto la immediata vigilanza di un medico competente. La scuola infine dovrà servire insieme come ambiente di propaganda e come centro di osservazione, dando modo di risalire dalla conoscenza dello stato sanitario degli alunni a quello delle condizioni delle famiglie da cui essi provengono.

Il tracoma negli adulti interessa altresì in rapporto al lavoro, per il pericolo che appunto l'ambiente di lavoro costituisca un fattore di diffusione del contagio. Potranno quindi giovare, ai fini profilattici, le rigorose visite di ammissione al lavoro e quelle periodiche dei lavoratori, allo scopo di allontanare i casi accertati o sospetti e di evitare che specialmente individui giovani o con segni di predisposizione locale o generale, si dedichino a mestieri che notoriamente favoriscono l'attecchimento del tracoma. Ricordiamo, per es., il lavoro delle filande, della monda del riso, dell'industria della lana e della canapa, del tabacco, ecc.

Inoltre si dovrà sorvegliare affinchè negli opifici siano applicati i procedimenti tecnici atti ad eliminare gli effetti nocivi di certi processi industriali (sviluppo di polveri, fumo, gas irritanti, ecc.), insieme con tutte le cautele necessarie ad impedire eventuali trasmissioni del contagio dai malati ai sani.

È da ricordare infine che talune condizioni costituzionali organiche od acquisite, come la scrofolosi, il linfatismo, l'adenoidismo, predispongono al tracoma, ed anzi, secondo le vedute di alcuni studiosi, ne rappresenterebbero addirittura il fattore patogenetico. Di qui l'opportunità di dare incremento a tutte le attività profilattiche che si propongono di combattere queste tendenze nell'infanzia. Perciò, oltre che trasformare, dovunque è possibile, le scuole per tracomatosi in vere e proprie scuole all'aperto, occorre far beneficiare i bambini costituzionalmente predisposti, e gli stessi tracomatosi, ben s'intende con le debite cautele d'isolamento, di tutte le provvidenze che tendono a prevenire e curare il linfatismo e la gracilità in genere (colonie marine, montane e diurne, elioterapia, ecc.), ed integrare l'opera del medico oculista con quella dell'otorinolaringologo e del pediatra.

Nella lotta contro il tracoma l'ufficiale sanitario può dunque portare un contributo molteplice non indifferente, ed è da auspicare che mercè lo sforzo concorde di tutte le energie dirette a combattere questa grave piaga sociale, che ancora infesta alcune regioni d'Italia, essa, in un futuro non lontano, debba scomparire dal numero delle malattie endemiche, come è avvenuto per la pellagra, e come dovrà avvenire per la malaria.

A. FRANCHETTI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Al dott. S. C. da Tr.:

Quesito. — La cefalea gravativa è segno caratteristico e patognomonico di stenosi mitralica?

Risp. — La cefalea gravativa non è segno nè caratteristico nè patognomonico della stenosi mitralica; manca in molti casi; in qualcuno è indipendente dal vizio cardiaco; in qualche malato può essere messa in rapporto con il disturbo circolatorio meningo-encefalico, e migliora con i cardiocinetici. *t. p.*

Al dott. A.:

Quesito. — Per quanto tempo si può avere positiva la intradermoreazione del Casoni dopo l'asportazione di una cisti da echinococco e all'infuori s'intende di una eventuale riproduzione?

Risp. — La possibilità di provocare una reazione intradermica con liquido cistico si mantiene per lungo tempo dopo l'atto operativo. Sono descritti casi nei quali la reazione si mantenne positiva dopo mesi ed anni, fin dopo 8 anni (Casoni, Pontano, Testi e Zoli, ecc.).

È difficile dare una spiegazione della persistenza di uno stato allergico per così lungo tempo, quando l'antigeno è scomparso; in altro campo (allergia serica p. es.) si hanno esempi sicuri della persistenza per anni dello stato allergico. *t. p.*

All'abb. n. 12560:

In qualunque moderna monografia sul diabete troverà tutte le indicazioni sulla cura insulinica. Oltre all'eccellente trattato di Joslin sul diabete (non però tradotto in italiano) veda, p. es., la relazione del Prof. L. Zoja al XXXVII Congresso di Medicina interna (1931) che può ottenere anche dalla nostra Casa Editrice.

Come trattato di Parassitologia, veda quello di Alessandrini (U.T.E.T.) e per la Batteriologia quello di Puntoni. Buone cognizioni in proposito e sufficienti per chi non voglia specializzarsi in materia troverà sul recente manuale di Alessandrini, Sabatucci e Pampana; *Gli esami di laboratorio*, L. Pozzi ed. Roma. *fil.*

Al dott. P. Z. da C.:

Sulla fine del 1928 il Ministero degli Esteri comunicò una richiesta di medici per il Congo Belga.

Da allora non risulta vi siano state altre richieste; in ogni modo informazioni dirette possono esser domandate alla « Croce Rossa del Congo, Rue de Livourne, 80, Bruxelles ».

A. FRANCHETTI.

VARIA

I raggi mitogenetici del sangue umano.

(JESENIUS. *Biochimische Zeit.*, vol. 226, pagina 256).

È nota l'esistenza dimostrata da Gurwitsch di una emanazione ultravioletta da parte di tessuti animali e vegetali, e specialmente in quelli con più attiva attività di riproduzione cellulare. (Raggi mitogenetici o r. di Gurwitsch).

Tali raggi hanno a loro volta la proprietà di stimolare la divisione cellulare in altri tessuti sia vegetali che animali. L'esistenza si può dimostrare facendo agire il tessuto di cui si vuole dimostrare l'induzione su di un altro a breve distanza, con l'interposizione di un sottile strato di quarzo. Nel tessuto indotto (rizoma di cipolla, culture di saccaromiceti) si riscontra dopo un dato tempo una proliferazione più intensa, dimostrata p. es. dal numero di cellule in mitosi.

Fra le altre proprietà di indagine dei raggi mitogenetici, Jesenius ha riscontrato la proprietà di inibire la respirazione sia aerobica che anaerobica di colture di saccaromiceti, dimostrabile con il metodo di O. Warburg.

Sulla base di questa metodica, l'A. ha confrontato l'induzione mitogenetica di sangue umano normale, con quella di sangue di cancerosi, e ha riscontrato la assenza o una presenza minima, al disotto del limite degli errori, di irradiazione mitogenetica da parte del sangue dei cancerosi.

Mentre in 145 campioni di sangue normali si dimostrava una lieve inibizione della fermentazione e una forte inibizione della respirazione aerobica nell'« indotto » (*Saccaromyces ellipsoidens*), in presenza di sangue di 75 cancerosi, non si dimostrava effetto alcuno.

In alcuni casi la diagnosi in questa guisa di Ca si potè fare prima che fosse clinicamente possibile.

L'A. si riserva ulteriori ricerche per cercare di standardizzare tale metodo per scopi clinicamente utilizzabili. A. CALÒ.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. (*)

Risposte a quesiti per questioni di massima.

26° *Dottor G. P.* — È soggetto alla imposta di R. M. tutto lo stipendio e non soltanto quello che risulta dalle deduzioni per obblighi del medico condotto verso la Cassa di Previdenza.

Agli effetti del contributo all'I. N. I. E. L. si tiene conto anche della indennità per le funzioni di vigilanza igienica; ma si considerano lo stipendio e la indennità nella misura effettiva risultante dalla riduzione del 12 %.

27° *Dottor D. A.* — Generalmente, è utile agli effetti degli aumenti periodici il servizio prestato, dopo la nomina definitiva, per il rapporto di impiego al quale il trattamento economico progressivo si riferisce. Il servizio interinale è distinto ed ha condizione giuridica diversa: pur essendo seguito dalla nomina definitiva all'ufficio di titolare non si salda con questa. Ha soltanto effetto, ma per speciale disposizione, limitatamente al periodo di prova. Questa efficacia non si può estendere oltre i limiti stabiliti dalla legge, per una determinata causa. Non vi è nemmeno rapporto di analogia. Il servizio interinale è valutabile agli effetti degli aumenti periodici soltanto se dalla deliberazione di nomina definitiva o dal capitolato risulti questa efficacia, che il rapporto provvisorio per sè stesso non ha.

28° *Dottor L. G.* — A norma dell'art. 3 della legge sul lavoro delle donne e dei fanciulli, approvato con R. D. 10 novembre 1907, n. 818, l'« ufficiale sanitario del Comune deve eseguire la visita medica e rilasciare il certificato nel libretto senza compenso a carico dell'operaio. La spesa *eventuale*, tanto della prima visita medica quanto delle successive, sarà a carico dei Comuni. Il libretto, il certificato medico e il certificato di nascita e tutti i documenti necessari per ottenerlo saranno esenti da tasse di bollo ».

È da ritenere che il Comune non debba pagare compenso, trattandosi dell'adempimento di un dovere normale e non di prestazione straordinaria.

29° *Dottor N. D.* — Se il concorrente accettò la nomina e poi fu dichiarato decaduto per non aver assunto il servizio, è da ritenere che gli effetti del concorso siano esauriti e l'amministrazione non possa essere obbligata di provvedere alla nomina in base allo stesso concorso. Ma se non vi è stata accettazione, essendo improduttiva di effetti la prima deliberazione, l'amministrazione deve procedere alla nomina di un altro concorrente.

30° *Dottor D. R.* — Se il capitolato non è stato modificato è ancora in vigore, pur essendo prevista la rinnovazione quinquennale. È ovvio che, se questa non si verifica, continui ad avere effetto il vecchio capitolato.

Lei ha legittima aspettativa al trasferimento. Può farne domanda al Podestà. Se la risposta sarà negativa, potrà ricorrere alla G. P. A. in sede giurisdizionale, dato che il rifiuto non abbia causa legittima.

31° *Dottor D. R.* — Il rapporto controverso è regolato dall'art. 31 del R. D. 30 dicembre 1923, n. 2889, modificato dall'art. 6 della legge 23 giugno 1927, n. 1073, il quale dispone così: « all'ufficiale sanitario per gli accertamenti ed il rilascio dei certificati che le vigenti disposizioni gli demandano, è dovuto, quando essi seguano nell'esclusivo interesse privato, un compenso a carico dei privati interessati. La misura di tale compenso per le singole prestazioni e le modalità del relativo versamento da parte dei privati e della liquidazione, verranno stabiliti, con effetto dalla data di pubblicazione della presente legge, dal Prefetto, sentito il Consiglio Provinciale di Sanità e la G. P. A. Sulle somme versate dai privati per i compensi previsti dal presente articolo, è devoluta in ogni caso al Comune una quota non superiore al 25 % ».

La percentuale dovuta al Comune dovrebbe avere effetto dalla data della legge 23 luglio 1927, n. 1070.

32° *Dottor A. S.* — Il capitolato tipo è un progetto: certamente non è obbligatorio. La Prefettura può formulare uno schema, per dare una guida, nei singoli casi. Ma la cosa non ha importanza. Se il Comune ha ordinamenti inadeguati o superati dalla successiva legislazione, l'autorità tutoria deve imporre la modificazione del capitolato e del regolamento sanitario legale. Così la determinazione degli stipendi minimi come la classificazione dei Comuni, in rapporto al l'una o l'altra categoria, e le successive modificazioni sono riservate alla competenza della G. P. A. in sede di tutela, a norma dell'art. 34 del R. D. 30 dicembre 1923, n. 2889.

Il Comune può fare proposte. Al provvedimento discrezionale di modificazione non è di ostacolo alcun divieto.

N. B. — Ai quesiti degli abbonati si risponde, in ogni caso, direttamente, per lettera. I quesiti devono essere inviati, in busta, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del « Policlinico », via Sistina 14, Roma.

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, **sono gratuite.**

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI esercente in Cassazione, cons. legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE

Problemi psicotecnici della scuola e dell'officina.

(S. DE SANCTIS. *Rass. di Med. appl. al lavoro industriale*, n. 6, 1931).

È un argomento questo che ha ormai raggiunto lo sviluppo che ad esso compete per la sua importanza dal punto di vista igienico-sociale. Una volta la scuola e l'officina erano due cose talmente divergenti da non lasciare possibilità di paragonare il lavoro scolastico ed in genere il lavoro mentale, con il lavoro muscolare; oggi però non è più così e i due campi si sono avvicinati, rendendo sempre più vera l'analogia fra scuola ed officina: in ambedue è sempre l'uomo che impiega tutte le sue forze, che tenta con tutte le sue possibilità psicologiche e meccaniche di raggiungere i propri fini.

Su alcuni punti del problema però l'accordo non è stato ancora raggiunto: tale è per esempio quello del *lavoro in serie*, di cui tanto si è parlato pro e contro: l'A. è favorevole a questa specie di lavoro, prima di tutto perchè non si poteva farne a meno, data l'esigenza dei bassi prezzi e poi perchè non è vero che l'uomo si abbrutisce nel lavoro a serie, in quanto che questo si può eseguire anche pensando ad altro, perchè essendo essenzialmente abitudinario e non richiedendo perciò una grande concentrazione mentale quale richiede il lavoro nuovo, stanca molto di meno l'operaio. Ond'è che egli è protetto contro l'infortunio, che spesso dipende da disattenzione e da negligenza oltre che da affaticamento. (La maggior parte degli infortuni hanno luogo di sabato). Ma il lavoro in serie ha i suoi svantaggi che possono essere evitati qualora il lavoro non superi una certa velocità.

Altra condizione necessaria al lavoratore in serie è che ad esso sia assicurato, quando esce dal lavoro, un adeguato compenso morale: a ciò ha provveduto il nostro Regime con l'istituzione del Dopolavoro che educa, diverte ed allontana l'operaio dall'osteria.

È necessario creare nei lavoratori una *coscienza* particolare, di cui i quattro elementi principali sono:

1) la consapevolezza che l'uomo che lavora e produce ha diritto alla vita;

2) la inesistenza del caso in rapporto agli infortuni;

3) la giusta valutazione del proprio lavoro (ci sono degli artigiani che si credono dei Michelangelo: I Sovieti vanno ritornando ad una gerarchia dei lavoratori);

4) la solidarietà che devono avere i lavoratori fra loro.

Venendo a considerare i problemi della Scuola due sono i fenomeni che preoccupano gli studiosi in questo caso: la disoccupazione e la superproduzione.

Questi fattori possono passare in seconda linea qualora si volga l'attenzione non alla *quantità* bensì alla *qualità* degli iscritti alle scuole inferiori, medie e superiori. La qualità può salvare dalla inutile e dannosa sovraproduzione. Molti vagheggiano giustamente una specie di «artigianato mentale degli eccezionalmente dotati». Oggi la ricerca dei giovani eccezionali è il frutto dell'esperienza passata e l'orientamento professionale, la ricerca della vocazione, l'accertamento delle attitudini si fa dappertutto. Vi è però tuttora dissenso circa i metodi da adoperare per orientare o meglio per riconoscere la vocazione. *I mental tests* non bastano perchè l'attualità non costituisce tutta la personalità di un individuo: bisogna allargare le indagini sulla eredità, sul comportamento spontaneo in famiglia, alla scuola, nei giuochi, sull'intelligenza tecnica dei ragazzi e sul loro carattere. Così operando si fa il *dépistage* degli eccezionali, cioè dei differenziati in più come dei differenziati in meno. A questi ultimi si pensa già con scuole speciali mentre i primi potrebbero essere utilizzati subito compensando con la *qualità* la formazione della massa dei mezzi istruiti.

I problemi della scuola sono numerosi ed adeguatamente trattati: alcuni elementi rimangono però tuttora controversi.

Nella scuola molto più che nella officina, prepondera nella scelta del modo di lavorare, il fattore *soggettivo*, sia da parte dello scolaro, che da parte del maestro.

Da molti anni il principio gesuitico della massimalizzazione del lavoro è stato superato dalla moderazione nello studio e in questi ultimi tempi il dogma della «scuola piacevole» completata dallo sport e dalla educazione premilitare si è trasformata in necessità. L'A. crede che gli scolari debbano studiare in regime *optimum* ma debbono essere sottoposti a massimalizzazioni periodiche.

Ciascun ragazzo prende da sè il suo ritmo di studio, ma il maestro deve far lavorare tutta la classe con un regime che rappresenti *l'optimum* dei regimi spontanei dei singoli scolari.

La scuola ha lo scopo di preparare il ragazzo non solo alla professione o al mestiere, ma anche e sopratutto alla vita. Ora, la vita ha richieste imperiose di lavori massimali: private e pubbliche calamità, crisi economiche, guerre.

Le massimalizzazioni periodiche hanno lo scopo di preparare il ragazzo a questi periodi

di intensa attività: questa porta alla fatica (*surmenage*) ma questa può essere neutralizzata da un congruo riposo successivo. Bisogna poi guardarsi dal chiamare fatica quella che è semplice stanchezza o disagio e perfino la noia.

L'A. finisce col raccomandare l'interesse per i problemi della scuola e della officina: i problemi che riguardano il medico sono analoghi, se non indentici. Il medico può essere, volendolo, uno strumento efficacissimo di pacificazione sociale. G. LA CAVA.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

AOSTA. — Per titoli ed esami. Posto di Ufficiale Sanitario consorziale di Cuorgné, Alpette, Castellamonte, Castelnuovo Nigra, Frassinetto, Pont Canavese, Salassa, Pratiglione, Valperga, Sparone, Locana, Ribordone, Ceresole Reale, Ingria, Ronco Canavese e Valprato Soana con residenza in Cuorgné. Stipendio iniziale L. 14.000 oltre L. 6000 per indennità di trasporto, al lordo delle ritenute di legge. Divieto esercizio professionale. Le domande d'ammissione devono pervenire entro il 15 maggio 1932 alla Prefettura di Aosta, corredate dai documenti di rito prescritti dal bando.

AULETTA (*Salerno*). — Scad. 15 apr.; L. 7000 e 4 quadrienni dec., per uff. san. L. 500; tassa L. 50,10.

BITONTO. *Ospedale Civile.* — Medico del Reparto medicina e medico competente in tisiologia; stipendi: L. 2400 per il primo e L. 6000 per il secondo, lorde delle ritenute di legge. Scad. 10 aprile. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria della Congregazione di Carità.

CANICATTÌ (*Agrigento*). — Scad. 15 apr.; 4ª Sez.; L. 8000 e 4 quadrienni dec., addizion. L. 500 ogni 250 iscritti sopra i 1000; età lim. 45 a.; tassa L. 50,10.

CASTAGNETO CARDUCCI (*Pisa*). — Posto per la condotta frazione di Bolgheri con residenza nel luogo. Scadenza 30 aprile. (Vedi prec. N. 13).

CATANZARO. *Amministraz. Provinc.* — Scad. 30 mag., ore 12; medico radiologo nell'Ospedale Psichiatrico di Girifalco; L. 10.000 e 5 scatti quadriennali dec., indenn. L. 1000; riduz. 12 %; alloggio personale, illuminaz., riscaldam., vitto personale di 1ª classe; età lim. 35 a. al 1° mar.; tassa L. 25; doc. anter. al 1° dic. Servizio entro il termine che verrà fissato, sotto pena di decadenza.

CHIETI. *R. Prefettura.* — Uff. san. di Vasto; al 23 aprile, ore 17; L. 5000 e 5 quadrienni dec.; deduz. 12 %; per trasp. L. 1000; indennità varie; L. 5300 pel dispensario antitubercolare, già depurate 12 %, dall'inizio del funzionamento (richiedesi competenza in tisiologia); è consentito l'esercizio della libera profess.; tassa L. 50,10; età lim. 45 a. al 23 feb. Chied. annunzio.

CIMOLAIS (*Udine*). — Scad. 10 mag., con Erto Casso; L. 11.000 oltre L. 600 serv. att., L. 900 se uff. san., L. 3000 trasp., c.-v.; riduz. 12 %.

CONDRÒ (*Messina*). — Scad. 15 apr.; L. 9000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 500 se uff. san.; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

FORNO CANAVESE (*Torino*). — Scad. 15 mag.; consorzio; 2ª condotta; condizioni visibili presso la Segreteria consorziale.

GROSCAVALLO (*Torino*). — Scad. 25 mag.; L. 7920 oltre indennità; tassa L. 50.

PADOVA. *Spedale Civile.* — Scad. 9 apr., ore 17; assistente effettivo di medicina. (Vedi prec. N. 13).

PRATO (*Firenze*). — Scad. 25 mag.; 5° distretto (campagna); L. 7480, 8 trienni dec., c.-v., addizionali L. 4,40 per ogni pov. oltre i 500, fino a L. 1760; per trasp. L. 3080; compensi già ridotti; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

PRETORO (*Chieti*). — Scad. 15 apr.; L. 9000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 500 se uff. san., L. 1500 cavalc.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

ROMA. *Istituto Nazionale delle Assicurazioni.* — Scad. 14 mag., ore 12; concorso per titoli ed esami ad un posto di sostituto primo segretario per laureati in medicina e chirurgia. Ai documenti di rito, vanno aggiunti: *a*) il certificato d'iscrizione al sindacato medico; *b*) un certificato dal quale risulti che il candidato ha compiuto un biennio in qualità di assistente effettivo, in seguito a concorso per esami, presso un ospedale di non meno di 500 letti, ovvero presso un Istituto Universitario di clinica o patologia medica. Sarà tenuto conto della conoscenza delle lingue straniere. Limite di età: anni 30; per i combattenti anni 35; per i mutilati ed invalidi di guerra o per la causa nazionale anni 39. È inibito l'esercizio libero della professione. Retribuzione iniziale complessiva annua lorda di L. 12,400, al netto della riduzione di cui al R. D. L. 20 novembre 1930-IX n. 1491 e, dopo sei mesi di prova; doppia mensilità; quota di cointeressenza; premio annuale e contributo per il trattamento di quiescenza previsto dal Regolamento interno del personale. Informazioni più dettagliate, copia dell'avviso di concorso e invio dei documenti presso la Direzione Generale, Servizio Personale, via S. Basilio 38.

SANT'OLCESE (*Genova*). — Scad. 30 apr., ore 18; L. 8400 e 10 bienni ventes., oltre L. 3000 se uso cavallo, L. 800 se uff. san.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

SULMONA. *Casa Santa dell'Annunziata.* — A tutto 10 apr., chirurgo primario dell'Ospedale Civile. (Vedi prec. N. 13).

VASTO (Vedi CHIETI. *R. Prefettura*).

VERONA. *Comune.* — Scad. 15 apr.; 13° circondario suburbano; L. 9000 e scatti quadriennali, oltre L. 1700 serv. att., c.-v.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

VETRALLA (*Viterbo*). — Scad. 15 apr.; 3ª cond. urbana e rurale; tassa L. 50; stip. L. 7480 già decurtato 12 %, per 1000 pov., 5 quadrienni dec., L. 960 c.-v., L. 400 assistenza operazioni chirurgiche all'Ospedale, L. 3000 servizio di campagna, L. 700 se uff. san. Doc. a 3 mesi dal 10 mar.

VITERBO. *Ospedale Grande degli Infermi.* — Scad. 30 apr., due assistenti; età lim. 35 a. al 26 feb.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi; stip. L. 7000, eventualmente c.-v.; riduz. 12 %; alloggio; vitto nei giorni di guardia; serv. entro 15 gg.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche, i compensi allo stipendio base.

CONCORSI A PREMI.

Istituto Centrale di Statistica.

È indetto un concorso a premio per la somma di L. 8000 sul tema: « I caratteri fisici e psicologici studiati statisticamente durante lo sviluppo, rilevati sugli stessi individui ed in età successive ».

Il premio è indivisibile. Saranno ammessi a partecipare al concorso i cittadini italiani che abbiano conseguito una laurea da più di 10 anni il 2 febbraio 1932. I lavori dovranno essere consegnati o spediti raccomandati all'Istituto (via Balbo, Roma 5) entro il 31 dicembre 1933.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il Senato accademico dell'Università di Danzica ha conferito il titolo di «doctor rerum technicarum honoris causa» al prof. Luigi Veratti di Milano, per le sue benemerenze nel campo dell'igiene del lavoro, dell'igiene urbanistica e della tecnica sanitaria. I nostri rallegramenti sentiti all'insigne studioso.

Il prof. Iginio Tansini, emerito di Clinica chirurgica alla R. Università di Pavia, è nominato grande ufficiale della Corona d'Italia.

Il dott. grand'uff. Vasco Tamanti, medico della Cassa nazionale per le assicurazioni sociali, membro della Commissione medica per le pensioni di guerra, con sovrano « motu proprio » è nominato ufficiale Mauriziano.

Il prof. Mario Fiamberti, medico aiuto nell'Ospedale Psichiatrico Provinciale di Brescia, è nominato per concorso, direttore dell'Ospedale Psichiatrico Provinciale di Sondrio.

Il dott. Hermann Rein, professore di fisiologia a Friburgo i. Br., è stato chiamato ad insegnare la stessa disciplina nell'Università di Gottinga.

Il dott. Wilhelm Meyer, professore di odontologia a Breslavia, è stato chiamato all'Istituto odontologico dell'Università imperiale di Tokio.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Il IX° Congresso della Società Internazionale di Chirurgia.

(Madrid, 15-18 marzo 1932).

Nonostante la precaria situazione politica spagnola, e nonostante la stagione insolita che corrisponde ad un periodo di intensa attività chirurgica professionale e didattica nelle nazioni Europee e dell'America del Nord, il congresso di Madrid ha riunito le rappresentanze di 42 Nazioni ed oltre 200 membri ordinari della Società Internazionale di Chirurgia. Il gruppo Italiano è stato il secondo per numero, solo superato di poche unità da quello Francese che ha potuto usufruire della vicinanza e di un'ottima organizzazione turistica. Anche per l'Italia la « CIT », accogliendo l'invito del prof. Alessandri, ha offerto ai chirurgi italiani la possibilità di un viaggio in comitiva con partenza da Genova e con passaggio per mare fino a Barcellona: ma l'organizzazione fu piuttosto tardiva ed il programma progettato fu incompleto dal punto di vista turistico. Comunque, anche con queste limitazioni, si è avuta la prova delle grandi possibilità di questo genere di iniziative e possiamo sperare che il prossimo congresso che si terrà nel 1935 al Cairo, svolgendosi in circostanze di tempo e di luogo ideali per l'Italia, veda passare sulle nostre seducenti vie di terra e di mare la massa dei congressisti Europei e Nord Americani.

Tra gli italiani hanno partecipato al Congresso, quali soci della Soc. Intern. di Chir., il prof. Alessandri, Capo della Delegazione Italiana, ed i proff. Donati, Fasiani, Uffreduzzi, Paolucci, Giordano, Chiarolanza, Mioni, Lussana, Lusena, Pieri, Dominici, Brancati, Dogliotti, Segale, Spangaro, Solaro, Castigliola, Lorenzetti, Oliani, Pizzagalli, Carraro ed altri. Un eletto gruppo di signore ha portato una nota splendente di signorilità, di eleganza e di gentilezza nei ricevimenti e nelle feste che si sono alternate ai lavori del Congresso.

Le accoglienze dei Colleghi spagnoli a Barcellona, ove è sbarcato il nucleo più importante dei congressisti Italiani, ed a Madrid, furono calorose e cordialissime. Particolare menzione deve essere fatta alle cortesie che i chirurgi Catalani e gli Italiani di Barcellona hanno voluto usare ai colleghi Italiani conducendoli a visitare minutamente le magnifiche organizzazioni cliniche ed ospedaliere della Facoltà e dell'Ospedale di San Pablo e Santa Cruz, dimostrando attraverso brillanti sedute operazioni dei proff. Ribas, Bartrina, Trias, Corachan, Villardell l'alto grado di perfezione tecnica raggiunto dalla scuola Catalana, sollecitando l'onore di un ricevimento da parte del Colonnello Macia, bella figura di sognatore e di idealista di stile Mazziniano, offrendo un magnifico pranzo nella mirabile rotonda del Mirador, dove lo sguardo sorprende il ritmo della metropoli e del grande porto mediterraneo e si eleva dallo sconfinato azzurro del Mare Nostrum alle dolci alture verdeggianti del Tibidabo. Qui, alle calorose parole di benvenuto del preside della Facoltà, del rappresentante del Governo di Catalogna, e della Casa degli Italiani di Barcellona, ha risposto il prof. Alessandri arrivando al cuore dei presenti con accenni commoventi alla millenaria civiltà latina, alla comune opera che oggi ci affratella e portando agli ospiti l'espressione della gratitudine e del ricordo che non si cancella.

A Madrid il congresso fu inaugurato con una certa solennità democratica dal Presidente della Repubblica che pronunciò un discorso ricco di brillanti ed argute osservazioni sul significato dell'avvenuto affratellamento tra i gruppi appartenenti a nazioni che furono nemiche in guerra ed augurando crescente fortuna all'opera singolare di scienza, di umanità e di bellezza spirituale svolta dai chirurghi di tutto il mondo a favore di chi soffre.

Il Congresso ha iniziato i suoi lavori sotto la presidenza di De Quervain. Alla presidenza si sono alternati con gli stranieri, i nostri Alessandri, Donati, Giordano.

La prima relazione sulla *Chirurgia dell'esofago* fu svolta da Gregoire, Zaaijer, Fiano e Lusena che riferirono in breve sullo stato attuale delle possibilità diagnostiche e terapeutiche chirurgiche nelle varie affezioni dell'esofago. Dalle ormai ben note e complesse operazioni di plastica sostitutiva dell'esofago che rappresentano casi di eccezione, i relatori sono passati ad enunciazioni pratiche del massimo interesse sulle indicazioni operatorie di vario genere per il trattamento dei corpi estranei, delle ustioni, delle stenosi cicatriziali, del megaesofago, degli spasmi esofagei, dei neoplasmi a varia sede. Il frutto di una lunga e spesso ben ardua esperienza, le indicazioni, la tecnica da seguire, i successi e gli insuccessi acuti, tutto fu esposto con chiarezza e precisione dai diligenti relatori nelle brevi pagine riassuntive dei loro rapporti ed illustrato con proiezioni molto interessanti di casi clinici, di dettagli di tecnica operatoria, di esperienze varie. Il contributo italiano raccolto da Lusena con minuta indagine critica e statistica si è ancora precisato nella discussione cui hanno partecipato i proff. Donati, Pieri, Segale, Chiarolanza.

La seconda relazione sul *Trattamento chirurgico delle suppurazioni non tubercolari del polmone* ha toccato un terreno di viva attualità e del più alto interesse chirurgico. Dalle dotte relazioni dei proff. Lilienthal, Baumgartner, Coquelet, Lagos e Manfredo Ascoli (svolta quest'ultima dal prof. Alessandri per assenza del relatore) risultarono accertati alcuni fatti di primissima importanza: 1) che le lesioni suppurative primitive o secondarie del polmone, qualora non dimostrino in poche settimane una sicura tendenza alla guarigione spontanea per il naturale drenaggio del pus attraverso l'albero bronchiale, debbono essere affidate senza indugio al chirurgo per essere sottoposte ad intervento; 2) che il termine massimo di una cura medica aspettante deve essere di 2-3 mesi. Dopo i 6 mesi la prognosi si fa pressochè disperata; 3) che non esiste un unico intervento chirurgico il quale possa servire in ogni caso, ma che si deve graduare caso per caso l'entità e la qualità dell'intervento; 4) che la collassoterapia diretta ed indiretta (frenicectomia, pneumotorace, toracoplastiche, pneumolisi extrapleurica) può dare guarigioni in casi adatti ma va comunque sperimentata, anche nei casi che sembrano più adatti, con la riserva di passare in secondo tempo ad un intervento più radicale; 5) che il drenaggio esterno precoce degli ascessi superficiali è il mezzo più sicuro di guarigione, ma che questo mezzo deve spesso essere associato a resezioni parziali del polmone e deve essere a volte preceduto da una operazione preparatoria (piombaggio) che assicuri le aderenze pleuriche e comprima il polmone interposto tra ascesso e pleura; 6) che le lobectomie totali rappresentano tuttora un mezzo di assoluta eccezione e di alta pericolosità operatoria.

Alla discussione presero parte il prof. Paolucci e il Segale con interessanti comunicazioni.

La terza relazione sulla *Chirurgia dei tumori spinali* fu trattata da Elsberg, Dominici, Robineau, Denk e Goldstein i quali sulla base di copiose statistiche, frutto di lunghi anni di studio e di perfezionamenti continui importantissimi nella diagnostica e nella tecnica operatoria, si trovarono praticamente concordi nell'incoraggiante affermazione di assoluta benignità della laminectomia, anche se esplorativa; per la tecnica di essa l'accordo fu che nel classico metodo di Alessandri trova la sua più perfetta espressione di semplicità, rapidità e sicurezza. Tutti hanno ancora una volta messo in rilievo l'importanza spesso decisiva dell'esame radiologico con lipiodol e di un'accurata valutazione dei più noti sintomi clinici di compressione radicolare e midollare, e la necessità di intervenire precocemente in caso di dubbio fondato prima che la lesione nervosa, sopratutto midollare, abbia raggiunto limiti irreparabili. I risultati immediati e lontani sono veramente ottimi nei tumori meningei, extra-durali ed intra-durali di varia natura: solo nei tumori strettamente intra-midollari le possibilità chirurgiche sono di necessità estremamente ridotte. Quest'ultima eventualità tuttavia rappresenta fortunatamente una esigua minoranza rispetto alla totalità dei tumori spinali. Nella discussione che è seguita alle relazioni numerosi chirurghi hanno confermato con importanti contributi personali i decisivi progressi della chirurgia spinale, autorizzando le più ottimistiche speranze in un campo che fino a pochi anni fa pareva riservato ad una minoranza di virtuosi della neurochirurgia. Dal lato tecnico è stato favorevolmente accolto un nuovo laminotomo presentato dal prof. Donati, che facilita, aumentandone la rapidità e la sicurezza, il tempo della sezione delle lamine vertebrali.

Il quarto tema, sui *Progressi recenti dell'anestesia*, ha impegnato tre sedute del congresso con le attese relazioni di Uffreduzzi, Anschütz, Gamberini, Lorenzetti, Monod, Fredet, Meriel, Ishikawa, Goyanes. Tra le più importanti affermazioni ricordiamo quelle di Uffreduzzi sulla necessità di organizzare un servizio di anestesia nei grandi ospedali, con personale che conosca perfettamente l'impiego di tutti i mezzi di cui oggi si dispone per la necessità di poter ricorrere prontamente e senza preconcetti ad una anestesia generale o locale, regionale, spinale, rettale o mista a seconda delle circostanze, le quali variano di volta in volta in rapporto ad una enorme quantità di elementi. Uffreduzzi ha pure insistito sull'importanza ed utilità delle anestesie basali e di quelle miste, che permettono di raggiungere lo scopo di deprimere la sensibilità centrale e di sopprimere la recezione e la conducibilità periferica in misura sufficiente per operare senza dolore e nello stesso tempo senza ledere alcun organo o funzione importante. Nella relazione Uffreduzzi, come in quella Lorenzetti, sono messe in grande evidenza i vantaggi dei gas sugli altri anestetici per inalazione. Anschütz, Monod e Gamberini trattando dell'anestesia rettale segnalano i grandi servizi resi dall'avertina raccomandandone l'uso come anestetico base. Meriel ricorda i perfezionamenti della rachianestesia, Ishikawa, Lo-

renzetti quelli delle varie anestesie locali e regionali accennando alle grandi possibilità offerte dal metodo Dogliotti di anestesia peridurale segmentaria. Lo stesso Dogliotti illustra il suo metodo con interessanti proiezioni. L'iniezione della soluzione anestetica nello spazio peridurale a varia altezza è resa tecnicamente facile e sicura. L'anestesia che ne segue è completa nel 90 % dei casi e presenta vantaggi evidenti sulla paravertebrale e sulla rachianestesia alta.

Alessandri riferì, oltre l'esperienza della sua clinica, quella di Artom di Sant'Agnese coll'avertina.

Il Congresso nella sua ultima seduta ha scelto *Cairo di Egitto* come sede del prossimo Congresso, ha acclamato Eiselsberg presidente ed ha votato i seguenti tre temi di relazione: 1) *Chirurgia delle paratiroidi;* 2) *Chirurgia del simpatico lombare;* 3) *Chirurgia del colon* (con esclusione del cancro).

La rappresentanza Italiana ha riconfermato i proff. Alessandri delegato, Donati e Baldo Rossi a far parte del Comitato nazionale italiano.

Dott. A. M. DOGLIOTTI.

NOTIZIE DIVERSE.

Echi del discorso del Duce ai medici.

Tra le molte risonanze che il discorso del Duce ai medici italiani in Campidoglio ha destato, così in Italia come all'Estero, ci è grato di raccoglierne una molto significativa; si tratta di un ordine del giorno votato dalla Società medica di Atene:

« La Società Medica di Atene, nella seduta 9 febbraio del suo Consiglio Direttivo, su proposta del Presidente, il quale ebbe a commentare l'importantissimo e magnifico discorso tenuto da S. E. Mussolini al Congresso dei Colleghi Italiani, ha deliberato d'esprimere a S. E. Benito Mussolini la sua più viva riconoscenza per l'eccezionale suo apprezzamento verso il mandato dei medici ed il particolare significato annesso alla loro attività nel campo sociale e civile ed al loro concorso per il benessere comune.

« Le parole di S. E. Mussolini sono state rivolte ai colleghi d'Italia, ma la loro essenza fa partecipare alle espressioni lusinghiere tutto il mondo medico di ogni nazionalità e di ogni età.

« Le sue espressioni, riferite in momenti di dure prove e di depressione del corpo medico Ellenico e di misconoscimento dei suoi diritti professionali, hanno colmato di soddisfazione e di conforto gli animi dei medici, poichè giammai parole uguali furono riservate, nè mai più ambito riconoscimento fu dato ai servizi del corpo medico, da personalità politiche ».

21° Congresso italiano delle scienze.

La Società italiana per il progresso delle scienze terrà la sua 21ª riunione a Roma dal 9 al 16 ottobre. Come di consueto, vi avranno parte le discipline biologiche e mediche. I lavori scientifici avranno la durata di sei giorni, intercalati da un giorno di escursioni; dopo la chiusura dei lavori vi sarà un'altra giornata di escursioni. Queste avranno per meta il Vesuvio; Pompei ed Ercolano; Montecassino; i Castelli romani; Tivoli, Villa d'Este e Villa Adriana; Chiusi e il Trasimeno; Orvieto; ecc. Per prendere parte alla riunione ed alle escursioni occorre essere socio; chiunque può essere iscritto socio, inviando domanda alla Presidenza (via del Collegio Romano 26, Roma) e corrispondendo la tassa di L. 30 (per cartolina vaglia, assegno bancario o sul C. C. Postale n. 1-8410).

9° Congresso medico siciliano.

Come abbiamo annunziato, è indetto a Catania per i giorni 6-9 maggio.

Il Comitato esecutivo, allo scopo di secondare la campagna in difesa dei prodotti farmaceutici italiani, ha deciso di organizzare, durante i giorni del Congresso, la I Mostra Nazionale del Farmaco Italiano.

La Mostra avrà luogo nella sede del palazzo della R. Università; sarà, così, attigua al locale delle sedute scientifiche, che saranno tenute nell'Aula Magna dell'Università, per cortese concessione del magnifico Rettore on. prof. Muscatello.

Per chiarimenti rivolgersi al Comitato, Palazzo della Provincia, Catania.

Società oto-neuro-oftalmologica e Società radio-neuro-chirurgica.

Le rappresentanze delle due Società hanno deciso di tenere un Congresso riunito nei primi di ottobre a Bologna (un giorno a Ferrara).

Si pregano perciò i colleghi soci a voler inviare la loro adesione ed i temi di comunicazione.

Potranno intervenire e partecipare ai lavori anche soci di altre Società attinenti alle specialità delle due Società.

Le comunicazioni potranno vertere su qualsiasi tema, purchè interessino almeno due insieme delle discipline specializzate.

Prossimamente saranno indicate: la data precisa del Congresso e le linee programmatiche fondamentali.

Per informazioni rivolgersi alla R. Clinica Oculistica S. Orsola, Bologna.

Raduno interregionale di radiologi.

Il 13 marzo, nella grande aula della R. Clinica Chirurgica al Policlinico di Roma, si è riunito sotto la presidenza del prof. Alessandro Bianchini, direttore dei Servizi Radiologici della Clinica stessa, il XIV Raduno dei Radiologi Italiani del Gruppo centro-meridionale ed Isole.

Dopo un applaudito discorso del presidente, si susseguirono sino a tarda sera numerose ed importanti comunicazioni scientifiche, presentate e discusse da un largo stuolo di radiologi di Roma e convenuti da varie regioni.

Tra i presenti erano i proff. Busi, preside della Facoltà medica di Roma, Bolli di Modena, presidente generale della Società Italiana di Radiologia, Rossi di Parma, Nuvoli Ottonello, Santoro, Milani, Saraceni, Coleschi. Attili, Pazzi, ecc. di Roma, Tandoja, Piccinino, D'Istria, Guarini, Piergrossi ecc. di Napoli, Epifanio ed Arnone di Palermo, Vita di Bari, Castronovo di Messina, Nicotra e De Luca di Catania e molti altri.

Società medico-scientifica di Arco.

Allo scopo di promuovere e incoraggiare lo studio della tisiologia e dei problemi ad essa inerenti, si è costituita in Arco una Società medico-scientifica di quell'importante centro sanatoriale, e vi hanno aderito entusiasticamente tutti i medici dei 23 sanatori regionali, per portare il proprio contributo di discussione e di lavoro su tutte le branche che interessano la funzione sanatoriale.

La Società, presieduta dal prof. Carlo Arrigoni,

ha tenuto la seduta inaugurale il 21 marzo alla presenza del Segretario federale di Trento, comm. Brasavola de Massa, del medico provinciale dott. Weiss, rappresentante pure il Prefetto, del prof. Nardelli, membro del Direttorio nazionale del Sindacato fascista dei medici, dei dott. Banfichi e Martinelli, direttori dei dispensari antitubercolari provinciali di Trento e Bolzano, e di numerose personalità della scienza medica.

Dopo la breve cerimonia inaugurale, si è svolta la prima riunione scientifica, con le seguenti comunicazioni: prof. Curti, « Contributo alla collassoterapia bilaterale »; dott. Sartori, « Un caso di echinococco del polmone »; dott. Enrico, « Sulla diagnosi di pervietà del cavo pleurico »; dott. Berger, « Alterazioni morfologiche dei leucociti nella tubercolosi polmonare »; dott. Kuciukian, « Due casi di lobo polmonare della vena azigos ».

Seguì una animata discussione sugli argomenti trattati.

Settimana medica padovana.

Il Sindacato Provinciale Fascista Medico di Padova, in accordo colla Facoltà Medica della R. Università, ha organizzato una « settimana medica » che si terrà in Padova dal 22 al 29 maggio, come abbiamo già annunziato, per dar modo ai medici pratici lontani da centri universitari di riprendere contatto colle Cliniche e di aggiornare le loro cognizioni su alcuni almeno dei più importanti problemi della medicina.

Le lezioni e conferenze verranno tenute dai professore della Facoltà Medica Padovana; esercitazioni e dimostrazioni pratiche si svolgeranno negli Istituti clinici secondo un vasto programma, che s'invia a richiesta.

Le adesioni devono essere trasmesse prima del 15 maggio al Commissario del Sindacato Medico Fascista della Provincia di Padova, via Carlo Cassan 5, accompagnate dalla tassa di iscrizione di L. 5.

I partecipanti possono fruire dei ribassi ferroviari (50 %) che sono concessi dal 15 marzo a tutto giugno, in occasione delle feste del centenario di S. Antonio, da tutte le stazioni del Regno.

Agli iscritti in tempo utile, preferibilmente a quelli che proverranno dai paesi più lontani (computo del percorso ferroviario) e ne faranno richiesta, sarà, entro un certo limite di posti, fornito vitto gratuito (colazione e pranzo) per tutta la « Settimana », alla Mensa Universitaria. Quelli che non fruiranno di tale concessione potranno, se lo desiderano, prendere i loro pasti alla stessa Mensa Universitaria al prezzo di L. 4 per pasto. È bene in tal caso prenotarsi all'atto dell'iscrizione. Sono concesse anche notevoli facilitazioni di albergo. Gli iscritti potranno ritirare all'Ufficio del Sindacato, col pagamento di L. 5, una tessera di libera circolazione sui tram cittadini per la durata della « Settimana ».

A coloro che avranno regolarmente frequentato i corsi della « Settimana Medica » verrà rilasciato un certificato.

3° Corso teorico-pratico di talassoterapia.

Avrà luogo nel prossimo maggio all'Ospedale al Mare di Lido, Venezia.

Il Corso, a differenza dei precedenti, sarà diviso in due Sezioni: una per i medici e l'altra per coloro ai quali è deferita la sorveglianza diretta nell'applicazione delle cure marine.

Il Corso consisterà in una serie di lezioni metodiche tenute dai docenti della Scuola di talassoterapia, proff. Ceresole, Lolli, De Francesco, Magni, Delitala.

Completeranno l'insegnamento un ciclo di conferenze tenute da competenti specialisti e numerose esercitazioni pratiche.

Le iscrizioni si ricevono presso la direzione dell'Ospedale al Mare di Lido (Venezia).

Istituto interuniversitario italiano.

Com'è noto, l'Istituto ha assunto da qualche anno l'iniziativa di organizzare dei corsi per stranieri in alcune Università (Roma, Firenze, Perugia, Siena) e in alcuni Istituti superiori di cultura (Venezia, Ravenna, Faenza e Varese).

Sono accordate notevoli facilitazioni (riduzioni ferroviarie, visto gratuito sui passaporti, ingresso gratuito a Gallerie, Musei, ecc.).

Si rilasciano certificati di frequenza.

Nel campo medico, si terrà un corso sulla patologia e clinica dell'apparato digerente, nell'Ospedale di Circolo di Varese, dal 1° al 17 settembre, come abbiamo già annunziato.

Per informazioni rivolgersi al prof. Luigi Ponticaccia, direttore dell'Ospedale; ovvero all'Istituto interuniversitario italiano, via di Monte Tarpeo 28, Roma.

Per l'abilitazione alla libera docenza.

È stata pubblicata l'ordinanza con la quale è indetta la Sessione dell'anno 1932 per il conseguimento della libera docenza. Il termine per la presentazione delle domande è fissato al 31 maggio 1932. Le prove di esame si svolgeranno in Roma nel periodo dal 1° ottobre al 31 dicembre 1932.

La campagna antitubercolare.

Ha avuto ampio sviluppo in tutta Italia, riportando pieno successo. Ce ne occuperemo prossimamente.

* * *

La Federazione nazionale fascista per la lotta contro la tubercolosi, che per incarico del Ministero dell'Interno ha organizzato la campagna antitubercolare dell'anno X, comunica che S. E. il Capo del Governo ha assegnato una medaglia d'oro che s'avvalora del suo nome da conferire quale primo ed ambitissimo premio fra i Consorzi provinciali antitubercolari che più avranno operato e realizzato, nella giornata del Fiore e della Doppia Croce e nella seconda campagna nazionale per il francobollo antitubercolare.

La riforma dell'assicurazione contro gl'infortuni sul lavoro.

Il Ministro delle Corporazioni ha presentato alla Camera dei Deputati la proposta di riforma delle leggi di assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro. La proposta è accompagnata da una diffusa relazione, che illustra i concetti generali della riforma; tale relazione è stata distribuita, con richiesta di pareri, alle singole corporazioni dei datori di lavoro e dei prestatori d'opera; e il Ministro utilizzerà tali pareri nei limiti consentiti dal principio informatore della riforma e dalle linee direttive dell'economia corporativa.

Ci occuperemo prossimamente dell'importante problema.

All'Istituto odontoiatrico Eastmann di Roma.

Il prof. Burkhart, direttore della clinica odontoiatrica di Rochester e delegato del defunto Gior-

ge Eastmann, ha visitato in Roma l'Istituto di odontoiatria che si intitola al grande filantropo americano.

Il prof. Burkhart è stato accompagnato durante la visita dall'on. prof. Perna che gli ha dettagliatamente illustrato la destinazione dei varii, ampii, luminosi ambienti, dandogli precisi ragguagli sul piano di organizzazione tecnica dell'Istituto che sarà in grado di funzionare alla fine del prossimo ottobre; il professor Burkhart si è molto interessato dei lavori ormai avanzatissimi ed ha espresso il suo vivo compiacimento per l'opera che è stata compiuta rapidamente e secondo rigidi criteri di moderna tecnica e di bene intesa economia.

Il nuovo Ospedale militare di Milano.

Il nuovo grandioso Ospedale militare, sorto a Baggio per volontà del Duce, è provvisto delle più moderne attrezzature scientifiche, e come tale può considerarsi non soltanto alla testa di ogni altro stabilimento militare del genere, ma, per molti aspetti, all'avanguardia anche in confronto delle maggiori cliniche civili.

Il progetto dell'Ospedale militare, su indicazione della Direzione generale di Sanità militare, è stato compilato ed eseguito dalla Direzione del Genio Civile di Milano, coadiuvata fin dall'inizio, per la parte tecnica, dal maggiore Valdameri il quale ne studiò anche i relativi progetti di arredamento generale dei reparti e dei gabinetti scientifici. Nel lavoro di arredamento dette pure tutta la sua opera coscienziosa ed intelligente il maggiore di amministrazione cav. Messina.

Il direttore dell'Ospedale ten. col. medico Carmelo Jannizzotto ha seguito sin dal nascere lo sviluppo dello stabilimento e vi dedica con alta competenza tutte le sue cure e ogni sua migliore attività.

L'Ospedale occupa un'area di circa 118 mila metri quadrati ed ha una capacità di 600 letti. Nel grande isolato centrale trovano posto gli uffici della Direzione e dell'Amministrazione, la farmacia, i magazzini. Dieci padiglioni sono destinati agli infermi; altro padiglione è riservato alle operazioni chirurgiche; un altro ancora è destinato alla terapia fisica e alle ricerche cliniche e biologiche, alle quali si è dato grande impulso; esistono infine altri padiglioni, con la capacità normale di 60 letti.

Come stabilimento divisionale, all'Ospedale fanno capo gli infermi di tutte le forze armate della Divisione militare territoriale di Milano, ed essendo provvisto di tutte le specialità, ad esso vengono avviate per le cure speciali le forze armate di tutta la Lombardia.

Il grandioso stabilimento non è completo; infatti non ancora sono costruiti la casermetta per la Compagnia di Sanità, il reparto infettivo e la chiesa. Tuttavia il vasto complesso di opere è già tale da farne un modello del genere e non soltanto per l'Italia.

Un sanatorio in Valcamonica.

La provincia di Brescia, che l'anno scorso ottenne la medaglia dal Duce quale premio per la festa del Fiore e della Doppia Croce, vuol continuare quest'anno l'opera così bene iniziata con la costruzione di un grandioso sanatorio nei pressi di Borno in Valcamonica, portante così un nuovo valido contributo alla lotta antitubercolare.

L'inizio dei lavori è stato deciso nell'ultima seduta del Comitato provinciale e i fondi occorrenti per la costruzione di quest'opera altamente umanitaria, saranno costituiti dal ricavato della giornata antitubercolare dell'anno scorso, cioè una somma di mezzo milione, e coi frutti della giornata del 27 marzo di quest'anno. Il nuovo sanatorio sorgerà ad un'altitudine di 1100 metri in mezzo a vasti pineti e comporterà una spesa complessiva di circa due milioni.

Un Ospedale per mutualisti in Francia.

A Châtillon-sous-Bagneux, nel circondario di Sceaux, è stata deposta la prima pietra di una casa di salute che viene fondata dal « Rinascimento sanitario », Federazione nazionale francese della mutualità. Essa consterà di 500 camere, divise in 14 piani, ed avrà scopi di assistenza medica e di previdenza sanitaria. Alla cerimonia assisteva il direttore generale delle assicurazioni sociali, della presidenza e della mutualità, Gaston Roussel, che rispondendo al sindaco di Châtillon esaltò gli sforzi dei mutualisti francesi.

Elargizioni e legati.

Il sig. Alfredo Gobbi, morto a Torino in età di 83 anni, ha lasciato per opere beneficenza 700.000 lire, di cui 145.000 all'Istituto delle Colonie alpine e marine « Regina Margherita » per una colonia marina e una montana da intitolarsi al suo cognome, completamente attrezzate.

Un trattenimento nell'ospedale psichiatrico di Bologna.

Il caratteristico trattenimento offerto dai ricoverati, che tre anni di buon successo hanno reso tradizionale, ha richiamato all'ospedale provinciale Roncati di Bologna per infermi di mente un pubblico numerosissimo e scelto, che ha molto applaudito l'impegno e la disinvoltura degli esecutori, tutti ospiti della Casa di cura e filodrammatici improvvisati. Il trattenimento si è chiuso con alcuni cori e con un ballo, al quale hanno partecipato con eguale slancio parte del pubblico degli invitati e alcuni ricoverati.

In un locale attiguo al salone dello spettacolo era stata allestita un'interessante mostra di pizzi, ferri battuti, ricami, disegni e lavori varî eseguiti dai ricoverati e che costituivano i premi per una lotteria a beneficio del patronato, che il prof. Ferrari, direttore dell'ospedale, ha ideato per gli infermi poveri.

Disciplinamento della vendita dell'ergosterolo irradiato in Austria.

Il ministro federale della previdenza sociale della Repubblica Austriaca ha interdetto la vendita libera dell'ergosterolo irradiato, il quale potrà essere fornito dai farmacisti solo su prescrizione medica. Questa misura è stata consigliata dai gravi fatti cui espone l'uso di forti dosi del rimedio (fatti noti come « iperavitaminosi D »).

L'onorario medico va commisurato alle condizioni economiche del cliente?

Un'azione giudiziaria negli Stati Uniti è stata promossa da un medico il quale aveva prestato lunghe cure ad un vecchio cliente, certo Brackenridge. Questi lasciò morendo una discreta fortuna, di un milione di dollari. Il medico ebbe a reclamare dagli eredi, per vie legali, il compenso della sua opera. Il Tribunale (Corte distrettuale) gli assegnò 10.000 dollari (ossia circa 200.000 lire it.), tenuto conto della solerzia dimostrata e delle condizioni economiche del cliente. Gli eredi in-

terposero appello; la Corte civile d'appello sentenziò che il giudizio precedente era erroneo e che le condizioni economiche del cliente non andavano valutate. Il medico è ricorso alla Corte suprema dello Stato (di Iovva), la quale ha stabilito che il Tribunale aveva ben giudicato; per cause indipendenti dal giudizio, però, la Corte suprema ha rimandato la causa alla Corte distrettuale.

Il dispositivo della sentenza è illustrato da copiose considerazioni, in cui vengono esaminati i due casi estremi: l'opera del medico compensata a tariffa « fissa » come quella di un negoziante; e l'opera del medico compensata valutando tutte le circostanze in cui essa viene prestata, comprese le condizioni economiche del cliente.

Sterilizzazione degli inadatti in America.

Il « Medical Times and Long Island Med. Journal » di febbraio 1932 riferisce il seguente caso: uno psichiatra ha compiuto l'esame di una giovanetta quindicenne, nata a Portland (Oregon) da genitori siriaci, onde accertare se non fosse deficiente e se perciò non fosse da applicarle la sterilizzazione. La ragazza rispose con esattezza alle domande: chi è il sindaco di Portland; chi è il re d'Inghilterra; chi è il presidente degli Stati Uniti e da chi fu preceduto. Non rispose, invece, alle domande: quanto tempo vive un cavallo; perchè il cuore batte; qual'è la più vasta città degli Stati Uniti (si badi bene, non la più popolosa). Il redattore dichiara che egli pure si sarebbe trovato nell'impossibilità di rispondere. Lo psichiatra si credette autorizzato, in esito a questo esame, ad ordinare che la ragazza fosse operata; d'onde un allarme vivissimo del padre, che si recò negli uffici del periodico « Portland Oregonian », il quale ha sollevato una vera campagna. Risultato: la ragazza è stata salvata; si parla di applicare allo psichiatra la misura che egli avrebbe voluto adottare.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XXXIX Roma, 11 Aprile 1932 - X Num. 15

"IL POLICLINICO,,

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE DI S. GIOVANNI IN LATERANO IN ROMA
Primario chirurgo: prof. G. MATRONOLA.

La indicazione del taglio soprasternale nel soccorso dei grandi traumatizzati del torace con enfisema generalizzato.

(Lavoro clinico e critico).

Dott. FABIO BENEDETTI-VALENTINI, chir. aiuto.

L'enfisema è una frequente complicanza delle affezioni traumatiche aperte del torace e segnatamente delle ferite da arma da fuoco.

Più di rado esso complica le affezioni traumatiche chiuse con frattura di costole. Segnalato per la prima volta in questo genere di lesioni da A. Pareo, esso fu ritenuto complicanza rarissima da Malgaigne, abbastanza frequente invece da Richet che lo trovò una volta su venti casi, e più frequentemente nelle fratture dirette. Haubensak (1) più recentemente ha segnalato che l'enfisema complica le fratture di costole nel 2,6 % dei casi; secondo S. Bistolfi (2) questa percentuale si eleva al 3 %.

L'enfisema traumatico rappresenta il più delle volte un fenomeno trascurabile poichè, nella maggioranza dei casi, invade solo la parete dell'emitorace colpito senza peraltro superarne i confini. Ma quando l'infiltrazione pneumica, per eccezionale gravità del trauma o per speciali disposizioni anatomiche delle parti lese, invade rapidamente e progressivamente il tessuto cellulare di tutto il tronco e degli arti, e sopratutto del collo e del capo, allora noi assistiamo ad un quadro abbastanza grave, talvolta gravissimo ed anche pericoloso per la vita, specialmente se vi si aggiunge l'enfisema del mediastino.

In questi casi la necessità di un intervento chirurgico si impone per liberare il paziente dall'incombente pericolo dell'asfissia e della sincope.

In tali condizioni ci fu portato al posto di soccorso dell'Ospedale di S. Giovanni, il giorno 10 novembre 1930, B. Roberto, di anni 18, falegname.

Riferirono gli astanti che qualche ora prima questo operaio era caduto sul luogo di lavoro bat-

tendo l'emitorace sinistro contro un respintore di un vagone ferroviario. Il dolore dapprima acutissimo, pare che si andasse successivamente mitigando, riacutizzandosi per altro non poco nei frequenti accessi di tosse. Mentre il P. veniva riportato dal cantiere al domicilio si notò che il corpo di lui e specialmente il viso si andava rapidamente e progressivamente gonfiando sino ad interdirgli il libero gioco delle labbra e delle palpebre. In seguito il traumatizzato fu preso anche da agitazione motoria, con dispnea, palpitazioni e senso di angoscia.

Al momento in cui fu da noi osservato questo operaio versava in condizioni veramente gravi: era infatti in stato di prostrazione profonda tal che a stento poteva articolare qualche parola per esprimere i suoi bisogni e rispondere alle doman-



FIG. 1.

de che gli venivano rivolte. L'aspetto del paziente, più che essere descritto con le parole, sarà fedelmente rappresentato da questa fotografia eseguita in sala operatoria prima dell'intervento (fig. 1).

Come si vede, tutto il corpo del P., dal capillizio ai piedi, era diventato grossolanamente turgido già poche ore dopo il trauma per un enfisema generalizzato e progressivo che ne mascherava grottescamente i lineamenti e gli faceva assumere un aspetto non dissimile da quello che prendono i cadaveri degli annegati quando sono già in preda al processo di putrefazione. Egli entrava a volte in uno stato di viva agitazione motoria, la respirazione si compiva con difficoltà (R. 30), il polso era frequente (P. 130), piccolo, molle ed aritmico. Il volto era profondamente pallido ed il prolabio violaceo. Impossibile era al P. l'apertura della rima palpebrale e difficili e limitati erano i movimenti delle labbra.

Sull'emitorace sinistro si rendevano visibili le tracce del trauma subito, per alcune chiazze ecchimotiche ed escoriate. La palpazione, che risvegliava vivissimo dolore in corrispondenza della zona traumatizzata, riusciva indolore in tutte le altre parti del corpo e lasciava percepire per ogni dove una crepitazione fine di neve compressa, la quale raggiungeva la sua più alta espressione in corrispondenza del torace, dell'addome e del capo e andava diminuendo d'intensità man mano che dalla radice si scendeva verso gli ultimi segmenti degli arti, i quali erano anch'essi infiltrati dall'aria.

Approfondendo la palpazione sull'emitorace sinistro a volte si riusciva a percepire un rumore più rude di crepitazione ossea nella zona situata presso l'angolo della scapola s. Si comprende come le nuove condizioni importate nelle pareti toraciche e addominali da un enfisema così imponente e generalizzato costituissero un invincibile ostacolo per un esame di orientamento circa le condizioni degli organi contenuti nella cassa toracica e nell'addome: infatti la percussione e l'ascoltazione non riuscirono affatto utili all'accertamento di eventuali alterazioni.

Dal rilievo di tutti questi segni e specialmente dell'intensa dispnea, della tachicardia ed aritmia, si ebbe l'impressione, e credo in errata, di un caso la cui gravità era manifesta e nel quale la necessità del soccorso s'imponeva.

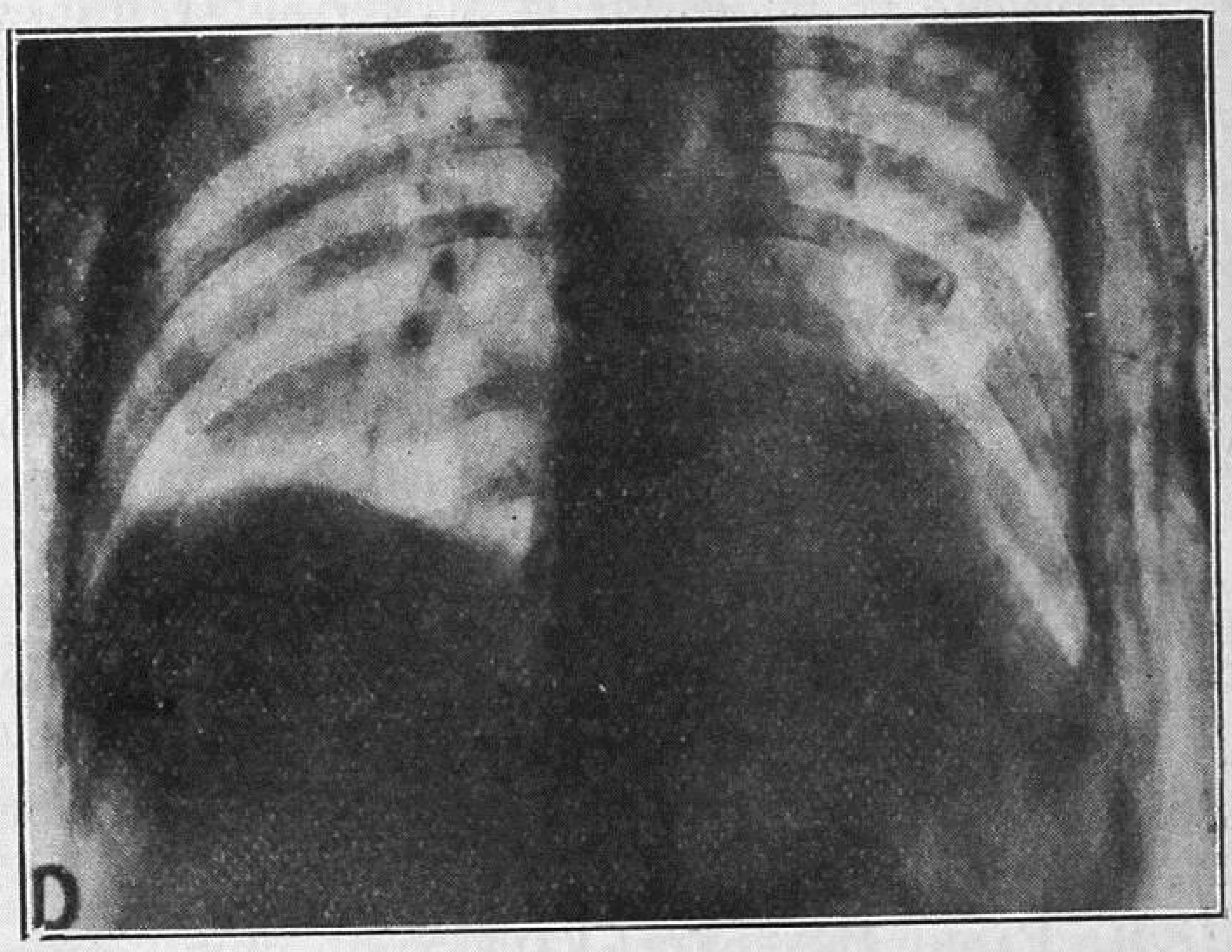


FIG. 2

Lo stato allarmante del P. non poteva essere interpetrato in modo soddisfacente quale semplice conseguenza dello choc traumatico, poichè, per quanto ci risultava dalle informazioni assunte, lo stupore non era mai stato assai grave e si era in ogni modo dileguato pochi minuti dopo il trauma. Non si poteva invece porre in dubbio il fatto che il P. man mano che il gonfiore diventava più imponente andava di ora in ora aggravandosi. Pur non potendo escludere che una grave lesione o alterazione dei visceri contenuti nella gabbia toracica (ferita del polmone, pneumotorace, sotto pressione, emotorace, emopericardio, ecc.) fosse responsabile dello stato grave del malato più dell'enfisema stesso, e non potendo nemmeno sincerarci su questo punto mediante l'esame radio-

logico, per tema di nuocere al traumatizzato, entrammo nella convinzione che il progredire continuo dell'infiltrazione aerea per la compressione esercitata sugli spazi connettivali di tutto il corpo inducesse un grave squilibrio nella circolazione periferica del sangue, squilibrio che doveva essere risentito in misura tutt'altro che trascurabile anche dal cuore. E poichè è volgare opinione che la sola infiltrazione di aria nel tessuto cellulare sottocutaneo non possa per sè stesso dare origine ad alcun sintomo veramente serio, pensammo ancora che lo stesso mediastino potesse essere stato preso dalla infiltrazione gassosa per rottura di un bronco più o meno importante, fenomeno che è stato più volte obbiettivamente riscontrato sopratutto quale reperto necroscopico nei grandi traumatizzati del torace.

In tali condizioni pensammo che il modo più utile e meno pericoloso per soccorrere il paziente fosse, fra tutti quelli escogitati, quello che Lejars (3), P. Lecène e R. Leriche, raccomandano, dopo che l'efficacia di esso è stata brillantemente dimostrata in Francia prima da Gatellier e poi da Tiegel.

Operazione (10-XI-1930; dott. Fabio Benedetti-Valentini). Anestesia locale novocaina alla base del collo sulla semicirconferenza anteriore. Incisione curvilinea a collana della lunghezza di circa 25 cm. con punto medio alla fossetta del giugulo, tracciata un dito trasverso al di sopra del margine superiore dello sterno e della clavicola. L'incisione interessa la cute e il sottocutaneo e la fascia superficiale e media del collo. Scollamento degli spazi cellulari del collo accessibili con detta incisione, per via smussa: il dito scaccia facilmente l'aria che ne rigonfia la sottile trama; poscia esso, penetrando sulla linea mediana fra i muscoli sottoioidei, si approfonda dietro lo sterno e ancora dietro le clavicole, in modo da farsi strada nel mediastino anteriore quanto più ampiamente è possibile. In tal modo il dito può arrivare sino alla trachea e circondarla d'ambo i lati fino a raggiungere il rachide e liberare così dall'enfisema anche lo spazio prevertebrale.

Nell'eseguire questa manovra la sensazione tattile è pari a quella già avvertita nel trattare il tessuto cellulare degli spazi del collo, ossia di fine crepitazione nivea; alcune bollicine di aria rendono schiumoso il sangue che fuoriesce dalla ferita operatoria.

Un grosso zaffo di garza è posto in corrispondenza dei due estremi della ferita e della fossetta del giugulo il quale arriva fino alla trachea, per rendere temporaneamente durevole lo scollamento. Nelle porzioni intermedie fascia e cute sono riunite esattamente con duplice piano di sutura a punti staccati.

Appena terminata l'applicazione del bendaggio si constatò che il gonfiore del viso si era notevolmente ridotto, il serramento delle palpebre era meno completo tanto che il paziente poteva socchiudere l'uno e l'altro occhio e s'interessava alle persone ed ai fatti che si svolgevano intorno a lui. Egli affermava di sentirsi molto meglio, ed in effetto era meno agitato e la respirazione pareva meno penosa. Portato nel suo letto ed ivi riosservato dopo circa mezz'ora, si constatò un ulteriore miglioramento delle condizioni generali: l'operato giaceva assai tranquillo, apriva bene entrambi gli occhi, non era affatto dispnoico, il pallore del volto era meno profondo, la cianosi delle labbra quasi scomparsa, la parola più facile.

Il polso sulla radiale si palpava con frequenza pari a 100; era ritmico e anche la pressione appariva un poco aumentata. Gli atti respiratori erano ancora alquanto superficiali ma si compivano con frequenza normale ossia in numero di 16 al minuto.

L'oscillometria la quale presa col Pachon al braccio destro aveva dato prima dell'intervento una Max = 85 e una Mn = 55 con oscillazioni pari a 1, in questo momento toccava come Max. 125 restando come Mn. 55 con oscillazioni pari a 2. E l'indomani si aveva 125 Max. e 80 di Mn. con oscillazioni pari a 2,5. Dopo 13 giorni la Max. saliva ancora a 150 e la Mn. a 95, con oscillazioni pari a 3.

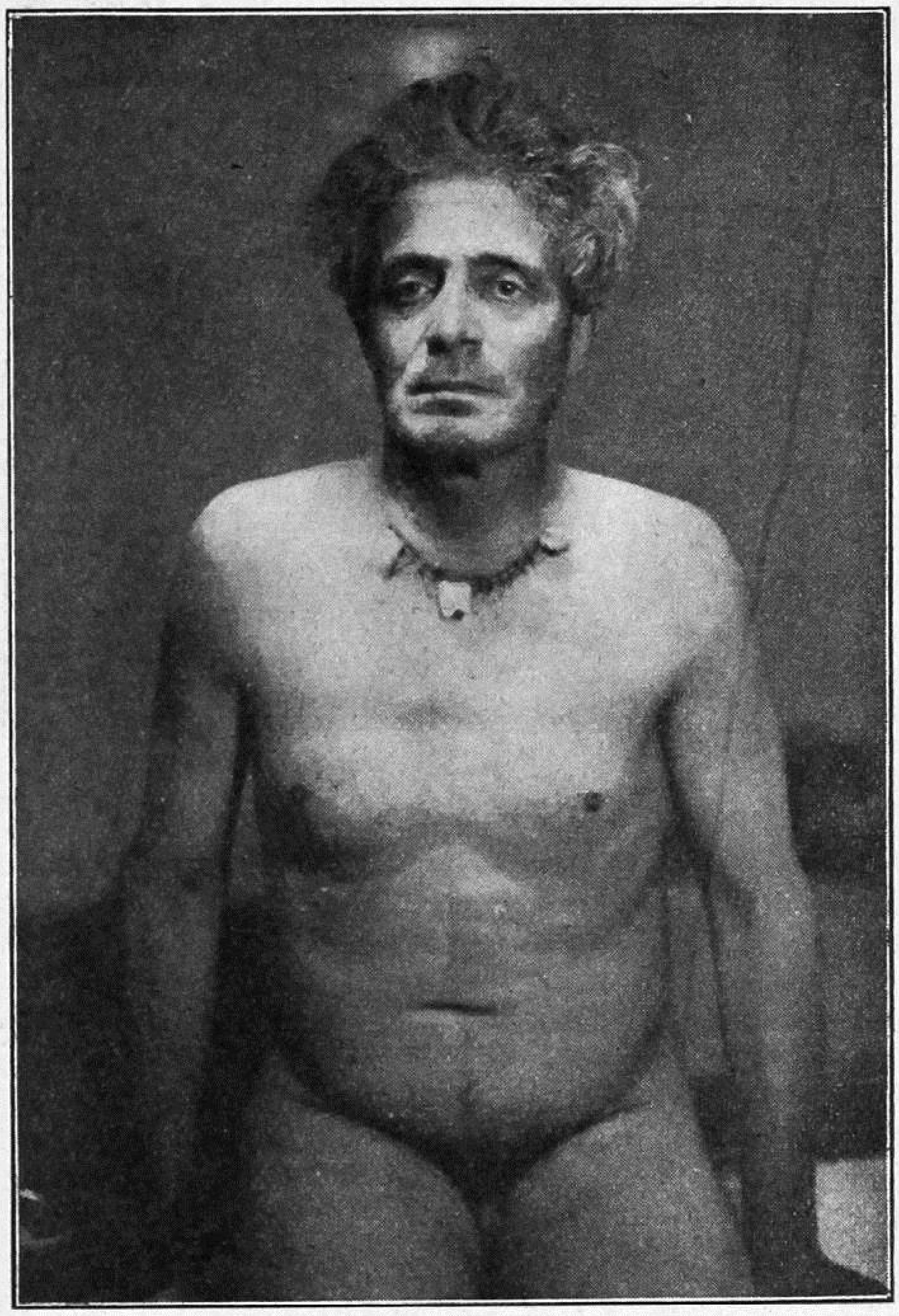


FIG. 3.

Il decorso post-operatorio fu ottimo perchè si ebbe a segnalare qualche rialzo termico di media entità (38°,5') solo nei primi tre giorni; seguì poi uno stato sub-febrile per qualche altro giorno, finchè il paziente si rese del tutto apirettico in decima giornata. Gli zaffi furono rimossi al quarto giorno e non sostituiti con altri, in modo che, quando in sesta giornata si tolsero i punti della sutura cutanea, la ferita era del tutto sanata per prima intenzione.

Con quanta rapidità il P. si sia completamente liberato dall'enfisema del capo del collo, della porzione più alta del tronco, ed anche, per quanto in grado minore, da quello che aveva invaso le altre parti del corpo, si può dedurre dall'osserva-

zione della fotografia (fig. 3) che fu presa il quarto giorno dopo l'intervento. Ma possiamo affermare che la facias del paziente appariva pressochè normale già 48 ore dopo il trauma e dopo il soccorso, che fu praticato, come si è detto, d'urgenza.

L'esame radiografico eseguito il mattino dopo l'ingresso del P. in ospedale, dimostrò (fig. 2) fratture multiple delle costole di sinistra e precisamente della terza, quarta, quinta, sesta, settima ed ottava, le quali erano alcune interrotte presso l'angolo ed altre un po' all'esterno di esso; l'emitorace sinistro appariva notevolmente ristretto nel suo diametro trasverso.

Il profilo della cupola diaframmatica s. e quello del margine s. del cuore erano mascherati da una opacità che occupava il seno ed il terzo inferiore

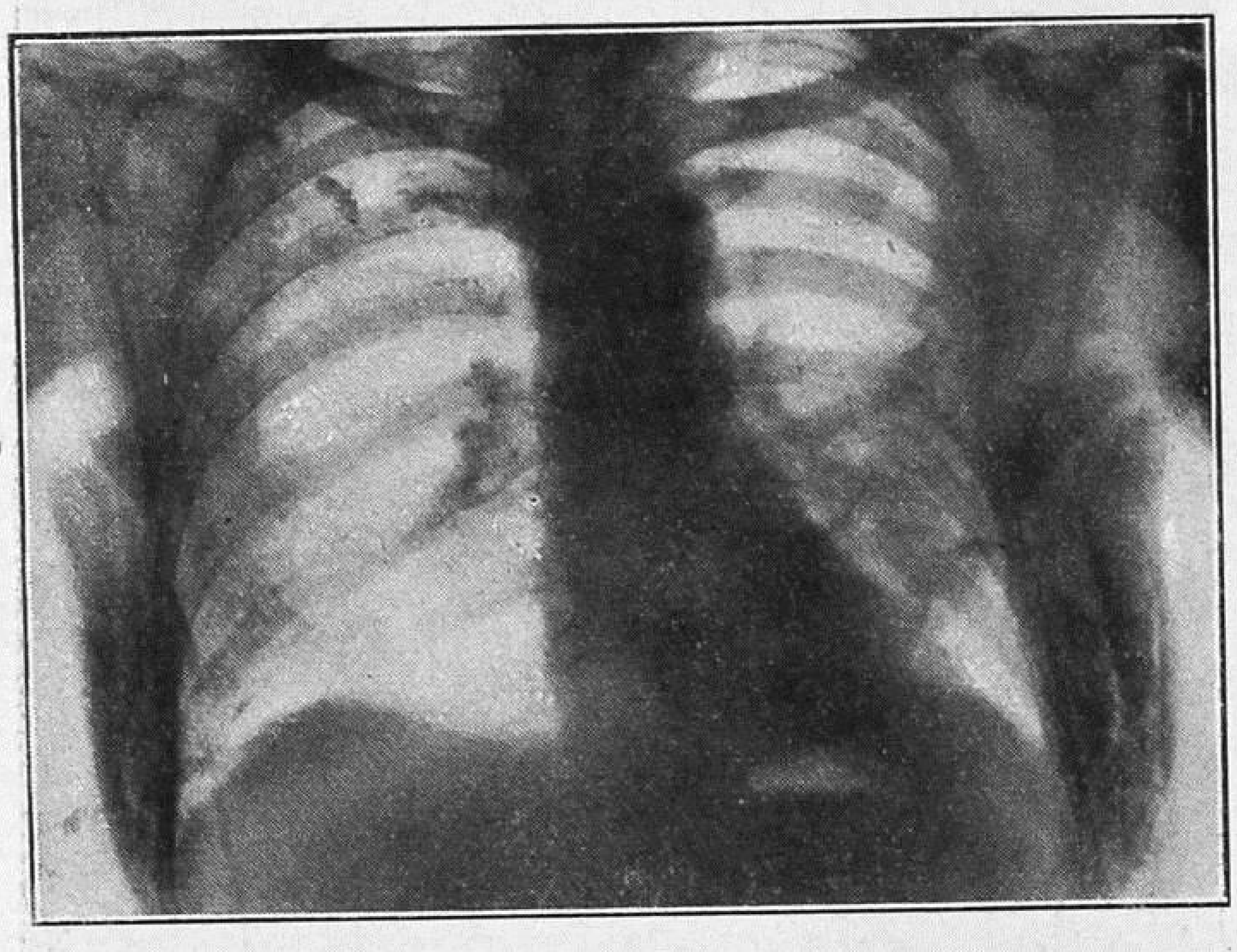


FIG. 4.

della cavità pleurale. Sopra tale ombra, data certamente da un versamento ematico, si osservava una zona assai chiara (pneumotorace), a cui faceva seguito un'altra meno chiara corrispondente al polmone scacciato in alto e medialmente dall'emo-pneumotorace.

Importante era ancora osservare lo spostamento dell'ombra mediastinica a destra della colonna vertebrale. L'immagine radiografica dimostrava da ultimo il rilevante ispessimento delle parti molli della parete toracica nella cui compagine si osservavano gli spazi chiari corrispondenti alle zone maggiormente invase dalla infiltrazione aerea.

Un nuovo esame radiografico, fatto eseguire la vigilia del giorno in cui il P. lasciò l'ospedale e precisamente il g. 28-11-930 dimostrò (fig. 4) persistenza della deformità toracica su descritta per mancata riposizione dei varî frammenti delle costole fratturate. In corrispondenza del focolaio di frattura si osservavano zone di offuscamento a fascia. Il seno pleurico si mostrava libero, così che abbastanza ben visibile era il profilo della cupola diaframmatica e il margine sinistro dell'ombra cardiaca. La cupola diaframmatica era fortemente sollevata per aderenze basali. Non si osservavano più tracce di pneumotorace. Si vedeva da ultimo persistere tuttavia un modico ispessimento della parete toracica per enfisema degli spazi cellulari non ancora totalmente riassorbito.

Il paziente potè uscire dall'ospedale il giorno 29-11-930 in perfetto stato di salute.

Poichè unico scopo di questa nostra memoria è quello di contribuire alla volgarizzazione di un metodo di terapia chirurgica dell'enfisema traumatico generalizzato e mediastinico, l'instituzione del quale è recente e la diffusione ancora assai scarsa, non intratterremo il lettore lungamente sulla parte culturale che concerne l'argomento.

Taceremo quindi sulla frequenza del fenomeno enfisema rispetto al numero delle fratture costali, bastando in proposito quello che si è detto all'inizio di questo articolo. Nè parleremo dell'enfisema quale complicanza delle semplici contusioni o delle ferite penetranti del torace. Nè tratteremo del meccanismo di frattura delle costole, non perchè ciò non sia utile a chiarire la genesi dell'enfisema, ma perchè a tutti è noto quanto già fu detto in merito da I. L. Petit prima, e quanto in seguito fu studiato e stabilito da Malgaigne, la cui teoria, che fu accettata per unanime consenso dagli studiosi, può leggersi in ogni scolastico trattato.

Ricorderemo invece sommariamente quali sieno le condizioni necessarie perchè in seguito ad un trauma del torace l'enfisema possa costituirsi, ed in quali particolari condizioni l'infiltrazione aerea possa invadere il mediastino.

Goffres dalla osservazione di un caso clinico, riprodotto sperimentalmente nel cavallo, fu indotto ad ammettere che l'enfisema sottocutaneo traumatico potesse prodursi anche per ferita del torace non penetrante in cavità. Ma Ch. Souligoux commentò l'osservazione e l'esperimento di Goffres con questa frase: « io mi contenterò di segnalarla come una rarità patologica » (4).

Dunque, come criterio generale, di fronte al fatto « enfisema » si deve ritenere che una soluzione di continuo del polmone ed una della pleura parietale sono state necessarie per provocarne la produzione, quando il fenomeno si sia inizialmente manifestato in corrispondenza della parete toracica ove si esercitò da prima l'azione traumatica.

Ma si può anche osservare, in seguito a gravi traumatismi del torace, un enfisema assai invadente la cui prima manifestazione apparve alla base del collo. In tal caso esso è da ritenersi secondario ad enfisema del mediastino.

Per la produzione del quale non è necessaria alcuna ferita della pleura parietale, ma è sufficiente una lesione abbastanza profonda del polmone accompagnata da rottura di un bronco di qualche importanza. In tali condizioni l'aria inspirata può, date le ben note condizioni ana-

tomiche dell'albero respiratorio per cui il calibro della trachea è meno ampio di quello risultante dall'insieme dei bronchi, sotto l'azione della semplice aspirazione e più facilmente ancora sotto quelle più potenti della tosse e degli sforzi, passare nel tessuto connettivo peribronchiale e perivasale e risalire per tale via fino al mediastino, per rendersi manifesta da prima al giugulo ed espandersi poi alla regione cervicale, al viso, agli arti superiori, e successivamente al tronco ed agli arti inferiori.

Sono questi veramente da considerarsi come i casi più gravi dell'enfisema traumatico per il rapido stabilirsi della compressione degli organi mediastinici e per il pericolo imminente della soffocazione e della sincope.

Se il chirurgo ha la ventura di seguire di persona o attraverso il racconto di un osservatore intelligente, il graduale svolgimento dei varî fenomeni che condussero il paziente al vistoso quadro dell'E. T. Gen. attraverso una infiltrazione aerea del mediastino, non deve esitare nemmeno un istante ad intervenire col taglio soprasternale da cui tanto beneficio trasse, come si è visto, anche il nostro Paziente.

Ma sulle indicazioni più opportune nei singoli casi di Enf. Tr. dovremo ancora tornare con qualche parola.

Per ora ci piace accennare come possa aversi una rottura traumatica anche importante del polmone ed eventualmente un enfisema mediastinico senza che vi sia ferita penetrante del torace o frattura di costole, e quindi per semplice meccanismo di contusione.

Gosselin ha detto e Courtois ha poi sperimentalmente dimostrato che per prodursi una rottura traumatica del polmone è necessario che intervenga un elemento fisiologico importante: « lo sforzo e la chiusura della glottide nel momento che il torace riceve una contusione ». In tali condizioni il polmone, anche se la gabbia toracica, per la sua elasticità rimane integra, il che può avvenire tanto più facilmente quanto più giovine è il soggetto, può scoppiare come una vescica ripiena di gas e bruscamente compressa. Secondo Piqué il flusso del sangue provocato dalla inspirazione rappresenterebbe un elemento favorevole a determinare la rottura.

Peyrot circa la genesi della rottura del polmone dà una spiegazione diversa ed ammette due possibilità.

Per le lesioni provocate da trauma diretto un tratto di parenchima polmonare verrebbe più o meno profondamente infossato, mentre il resto del viscere, per il vuoto pleurico che non consente ad esso di distaccarsi dalla pleura parietale, non lo seguirebbe nel movimento, onde si produrrebbe una lacerazione nel punto in cui ha agito la forza contundente. Nelle rotture da causa indiretta l'azione traumatica provocherebbe un repentino cambiamento nella forma e quindi nei diametri del torace, per cui due facce opposte del viscere contenuto ed aderente per il vuoto pleurico alla parete, sarebbero allontanate, onde il parenchima sarebbe stirato e poscia lacerato. E questo fatto, secondo l'autore, avverrebbe tanto più facilmente qualora l'elasticità del polmone fosse minorata per vecchi processi patologici: esiti di pleuriti, caverne od anche semplice enfisema.

Ma le lesioni traumatiche, le quali più frequentemente producono le due condizioni necessarie e sufficienti perchè si possa costituire la forma più volgare di enfisema sottocutaneo, ossia una simultanea soluzione di continuo nella pleura e nel polmone, sono indubbiamente le ferite penetranti del torace e le fratture di costole. Nell'un caso e nell'altro l'Enf. traumatico si produce allo stesso modo. Infatti nelle prime il fenomeno tanto meglio si effettua quanto più piccola e più obliqua è la ferita cutanea, ossia quanto più difficile è la comunicazione della cavità pleurica coll'esterno, l'optimum avendosi quando tale comunicazione è praticamente nulla, la qual condizione del resto si ha nel maggior numero dei casi.

Per frattura di costole l'enfisema traumatico si produce assai più raramente che per ferita penetrante del torace. È infatti necessario nel primo caso e non sempre sufficiente che l'agente traumatico non solo abbia provocato l'interruzione nella continuità di uno o di più elementi della gabbia toracica ma anche abbia prodotto una lacerazione della pleura parietale e del polmone ad un tempo. Questo per altro può venire, insieme alla pleura parietale, facilmente interessato anche da un frammento di costola, il quale in tal caso agisce come mezzo vulnerante e può comportarsi come un'arma da punta o da punta e taglio a seconda della forma; ma anche può comportarsi come semplice corpo contundente. Abbiamo già visto infatti come anche una semplice contusione possa per meccanismo diretto o indiretto interessare il polmone.

Orbene la rottura di questo viscere che può avvenire anche nelle pure contusioni, può a maggior ragione prodursi, per lo stesso meccanismo, nei casi di lesione traumatica del torace con frattura di costole e prominenza dei frammenti in cavità.

A spiegare come, partendo dalla esistenza

di una soluzione di continuo della pleura e del polmone, si possa arrivare alla produzione dell'enfisema, non tutti gli autori sono concordi.

Per I. L. Petit l'enfisema traumatico è sempre preceduto dallo pneumotorace: se non esiste fra il cavo pleurico, reso reale dall'aria versata e l'ambiente esterno comunicazione, come è regola quando si tratta di frattura di costole, o se il tramite è troppo sottile, oppure ha un decorso molto obliquo, nel caso che si tratti di ferita penetrante del torace, l'aria è cacciata ad ogni espirazione fuori della cavità pleurica attraverso la ferita della sierosa parietale, e, non trovando via d'uscita, si infiltra per necessità nel tessuto cellulare tanto più largamente quanto più ampie sono la lacerazione della pleura e la ferita del polmone.

Philibert, Roux e Richet sostengono invece che per il prodursi dell'enfisema traumatico sia assolutamente necessaria l'esistenza di aderenze pleuro-polmonari, le quali mantengano un parallelismo costante fra la ferita del polmone e quella della parete. Condizioni simili possono anche essere attuate dall'imbrigliamento del polmone da parte del frammento della costola vulnerata. Per questi autori lo pneumotorace, che si produce così spesso, non potrebbe essere che parziale; essi pensano che qualora non vi fossero aderenze lo pneumotorace totale sarebbe di una gravità estrema, e, per la sua progressività, pressochè incompatibile con la vita.

Sembra che in questa affermazione così categorica vi sia dell'assolutismo un po' troppo spinto. La maggior parte degli autori infatti ritengono che l'Enfis. Traum. si produca di regola secondo il meccanismo di Petit, ma che eccezionalmente possa anche attuarsi con quello che va sotto il nome di Richet.

In ogni modo, o che entri in giuoco l'uno, o, per speciali condizioni anatomiche, l'altro meccanismo, vi è ancora un altro elemento non più anatomico ma funzionale che va considerato perchè vi prende una parte essenzialissima: l'inibizione. Sotto lo stimolo dolorifico, il paziente cerca limitare la funzione respiratoria, immobilizzando il torace prevalentemente nel momento della inspirazione, mediante chiusure violente ed incomposte della glottide, le quali finiscono per tradursi in altro e tanti colpi di tosse, o, peggio ancora, in formidabili sforzi intesi ad inibire i medesimi, che vengono insistentemente ad esacerbare il dolore della parte vulnerata. Tosse e sforzi da inibizione aumentano la pressione dell'aria polmonale che viene spinta a tratti o nel cavo pleurico da prima e poi nel tessuto cellulare della parete, oppure viene soffiata, ove esista parallelismo costante delle ferite per aderenze antiche o per imbrigliamento recente del polmone, direttamente nel tramite della ferita parietale, per dilagare poi nel connettivo dei varii strati delle parti molli. E l'enfisema assumerà minore o maggiore estensione, a seconda della importanza delle ferite, della loro particolare disposizione anatomica, della più alta o più bassa soglia di eccitabilità del paziente, la quale gli darà una maggiore o rispettivamente minore possibilità di tenere la quiete toracica, ed anche del più o meno rapido potere di cicatrizzazione che posseggono i tessuti del traumatizzato.

La ferita del polmone dunque e quella della pleura parietale sono i fatti che permettono la formazione dell'Enfisema Traumatico. Alla entità poi delle medesime, alle loro particolari modalità anatomiche, alla speciale sensibilità del soggetto, alla più o meno pronta attività riparatrice dei tessuti è affidato, io credo, il ripristino dell'equilibrio naturale in questi malati; nei quali altrimenti si costituirebbe, come bene ha detto Gamberini, un circolo vizioso per l'inseguirsi indefinito del dolore, della difesa e della ipertensione. Che se questo invocato equilibrio tardasse ad instituirsi, e intanto le condizioni del P. si facessero sempre più allarmanti, non ci sarebbe che l'intervento dell'arte per cercare di ottenere ciò che rifiutò natura.

*
**

L'indicazione dell'intervento chirurgico nei grandi traumatizzati del torace con enfisema generalizzato può essere richiesto perentoriamente e d'urgenza in tre casi:

1) *Quando vi coesiste un pneumotorace totale progressivamente comprimente.*

Esso trova il più delle volte il suo anatomico substrato nella formazione valvolare della ferita del polmone. In tali condizioni la necessità del soccorso è imposta dalla minaccia dell'asfissia che segue al progressivo aumento di pressione nel cavo pleurico, e il conseguente spostarsi del mediastino verso il lato opposto che porta allo schiacciamento del polmone sano. Se l'attento osservatore può rendersi conto di questo stato di cose, deve rapidamente procedere alla toracotomia, al modo usato da Bramann (5) e raccomandato anche dal nostro Gamberini (6), o più semplicemente alla pleurotomia; coi quali interventi si stabilisce per qualche tempo una comunicazione del cavo pleurico con l'ambiente esterno mediante un

drenaggio di garza o di gomma. Souligoux e più recentemente seguendone l'esempio il Serafini, hanno vantato l'efficacia della pleurotomia quale ottimo mezzo di soccorso nell'Enfisema Traumatico Generalizzato dopo che ne han fatto esperienza in due casi gravi. È fase da ritenersi, che delle condizioni gravi dei loro malati, i quali furono rapidamente avvantaggiati dalla pleurotomia e drenaggio successivo, fosse piuttosto responsabile lo pneumotorace a pressione che l'enfisema traumatico generalizzato.

Bell, Dupuytren, Hewson per scongiurare i pericoli di una tensione intratoracica troppo elevata avevano già prima consigliato di aprire largamente il torace come nelle operazioni di empiema, anche allo scopo di evacuare nel modo più completo l'emotorace e di prevenire così la eventuale complicanza della pleurite purulenta. Ma su questo ultimo punto credo che oggi i moderni terapisti non potrebbero davvero ad unanimità sottoscrivere.

Vale la pena di ricordare che Reybard, per dare esito all'aria del pneumotorace applicava e lasciava infissa a dimora nella parete la sua cannula. Loegoest approva il metodo del Reybard, ed anche Bouveret ed Orlebac se ne lodano grandemente avendo con esso ottenuto pieni risultati.

2) *Quando v'è o vi si aggiunge enfisema del mediastino.*

Abbiamo visto come in questo caso la manifestazione prima dell'enfisema si faccia alla base del collo, al giugulo, anzichè in corrispondenza della regione colpita dal trauma ed abbiamo anche considerato come la vita dei pazienti sia dalla progressiva infiltrazione gasosa seriamente e rapidamente minacciata. Quivi dunque l'indicazione del taglio basicervicale con scollamento retrosternale ampio è perentoria e nessuno oserebbe, credo, sollevare in proposito alcun dubbio.

3) *Quando l'enfisema traumatico è a rapida progressione e s'accompagna a stato generale grave.*

Nei casi di puro enfisema generalizzato v'è certamente chi può, con qualche ragione, negare o per lo meno mettere in dubbio l'utilità dell'intervento, e non solo di quello da noi praticato nel nostro P., ma di qualsiasi altro. Si obbietta, a tal proposito, che questi malati di solito non periscono, e che, una volta riavutisi dallo stupore del traumatismo, migliorano ben presto e guariscono regolarmente del loro enfisema per vistoso che sia, così come delle altre lesioni prodotte dal traumatismo toracico, qualora esse non siano troppo gravi.

Altri, pur ammettendo l'utilità generica dell'intervento, possono giudicare che sia meglio agire in modo diverso da quello di cui noi ci avvalemmo nel Paziente di cui abbiamo riferito. V'è infatti chi preferisce dirigersi in pieno verso la prima fonte dell'enfisema, e, aprendo il torace più o meno ampiamente, in corrispondenza della regione traumatizzata, pratica per tale via la sutura della ferita del polmone, e ripristina poi completamente la continuità della pleura e della parete toracica. Vi è invece chi crede più utile, anche in questi casi nei quali si è posta la sola diagnosi di enfisema generalizzato, praticare una toracotomia ampia con resezione costale. E chi invece, in questa stessa evenienza, come ottimo fra gli interventi suggerisce la semplice pleurotomia, la quale con minor traumatismo curerebbe ugualmente bene l'enfisema e l'eventuale pneumotorace ad un tempo.

Ricordiamo appena di volo che molti han tentato la cura dell'Enf. Tr. Gen. ricorrendo ad espedienti di piccola chirurgia come punture multiple con trequarti, scarificazioni od incisioni cutanee multiple ed anche han praticato un taglio o più tagli cutanei laterali. E aggiungiamo subito che tali mezzi sono dalla maggioranza degli autori ritenuti del *tutto insufficienti.*

Volendo poi fare qualche considerazione critica sulla utilità o meno d'intervenire nei casi di *puro enfisema traum. generalizzato* e sulla scelta del metodo di terapia più utile e meno pericoloso ad un tempo per il paziente, agli astensionisti per sistema si può dire che non è vero che l'enfisema Tr. Gen. abbia una evoluzione sempre o quasi sempre benigna. Tutti noi, riportandoci a quanto abbiamo osservato nei feriti di guerra, e basandoci ancora sulla più recente esperienza dei sempre più frequenti traumatizzati della vita civile, possiamo riferire dei casi che son terminati con la morte. Del resto già autori come Littre e Méry ritenevano « non rare le osservazioni di casi mortali ». Forse dell'esito di questi Pazienti non il solo E. Tr. Ge. sarà stato responsabile; forse, altre più importanti lesioni degli organi endotoracici od anche addominali avrà in essi provocato il trauma, forse il pneumotorace ad alta pressione, forse l'enfisema stesso del mediastino saranno sfuggiti all'esame clinico, il quale, come si comprende, è difficilissimo in questi soggetti per l'enorme infiltrazione aerea delle pareti toraciche e addominali; per cui infruttuose sogliono riuscire le varie indagini plessimetriche ed ascoltatorie, e d'altra parte l'esame radiologico non è sempre praticabile;

ma sta di fatto che pazienti nei quali l'E. Tr. Gen. appariva come il più vistoso ed il più importante se non l'unico fenomeno patologico al quale potesse attribuirsi il loro stato grave o gravissimo, ne sono in vero periti. Del resto se chirurgi come Mary, Fischer, Lucke, Brown, König, e Gamberini per due volte, sono stati indotti ad operare per Enf. Tr. Gen. i loro pazienti senza poterli per altro strappare alla morte; e se altri operatori come Claeysens, Begouin, Palm, Normann, Bramann, Souligoux, ed ancora Gamberini, e poi il suo allievo Serafini (7) hanno condotto con la stessa diagnosi i loro traumatizzati al tavolo operatorio, restituendoli con l'arte alla vita, bisogna pensare che questi pazienti, versassero in condizioni tali da sembrare abbastanza pericolose ai singoli osservatori, e da non ammettere, nella generalità dei casi, mora alcuna nell'azione terapeutica. Dal che si pare che la immobilità chirurgica non può vantare il consenso, almeno unanime, degli autori.

A quelli poi che vantano la superiorità di questo su quell'altro metodo si può far considerare che se si vuol, dal campo dei principii teorici scendere alle applicazioni pratiche, per definire quale fra i varî tipi d'intervento finora ideati e praticati sia nel singolo caso il migliore, la qual cosa massimamente interessa al chirurgo, dobbiamo riconoscere che l'imbarazzo nella scelta è veramente grande. Ma è grande solo per questa ragione: perchè è difficile, quando noi ci troviamo di fronte ad un grande traumatizzato del torace, il quale è già tutto gonfio dal capillizio alle estremità, profondamente dispnoico, agitato, pallido, iposistolico, dire quale è l'elemento il quale debba nel singolo caso ritenersi massimamente responsabile dello stato grave in cui versa il paziente.

Non di meno *l'indirizzo terapeutico* può in linea generale sintetizzarsi in questi termini: *Se l'osservatore ha avuto la fortuna di poter praticare un esame precoce ed ha visto l'enfisema sorgere da prima al giugulo, ha molte probabilità di salvare il suo malato*, come si è già detto, *col taglio soprasternale, lo scollamento ampio del tessuto cellulare dell'orificio superiore del mediastino anteriore e drenaggio.*

Questo intervento caldeggiato da P. Lecene e R. Leriche (8) nel nuovo Trattato di Terapia Chirurgica, oltre la semplicità e la rapidità della esecuzione ha in suo favore la sanzione del successo poichè nelle mani di Gatellier, il quale vi ha consacrato anche un importante lavoro fin dal 1919 (9), ha potuto salvare quattro malati; e successivamente anche Tiegel ha con esso guarito un altro grave traumatizzato del torace.

Questo autore ha aggiunto al processo originale una modificazione consistente nell'applicare in corrispondenza del taglio una ventosa di Bier, mediante la quale veniva praticata una aspirazione continua con una tromba ad acqua. Se questo espediente possa avere sul metodo primitivo qualche vantaggio la sola esperienza potrà dire.

Se i dati semeiologici o radiologici, qualora ne sia stato possibile ed utile il rilievo, *han dimostrato la esistenza di un pneumotorace a pressione con forte spostamento del mediastino verso il lato opposto, la toracotomia o la semplice pleurotomia trovano certamente qui la loro più giusta applicazione.*

Se non che alla prima operazione si può muovere il rimprovero di essere un po' troppo traumatizzante per un malato che ci viene sempre in cattivissime condizioni; e ad entrambi poi quello di esporre al pericolo dell'infezione la pleura lasciata aperta dal drenaggio.

L'*ideale degli interventi* in questo caso sarebbe *invece raggiunto da una operazione che permettesse di eseguire la sutura della ferita polmonare, liberasse la pleura dal versamento ematico e ripristinasse da ultimo in modo completo la continuità della pleura parietale in modo da impedire il ripetersi dell'enfisema dopo la riunione totale della ferita operatoria, e non esponesse la pleura agli agenti infettivi.* E ciò che Sauerbruch ha cercato di fare due volte, lavorando sempre nella sua camera pneumatica ad ipopressione; ma i due pazienti da lui operati morirono entrambi rapidamente. È chiaro questo intervento, per quanto ragionevole ed anche lusinghiero, è troppo forte per questo genere di traumatizzanti già per sè stessi pericolanti. Forse in questi casi *l'uso della cannula di Reybard troverebbe, con grande vantaggio sopra qualsiasi altro metodo, la sua giusta indicazione.*

Ma quando noi non possiamo incolpare dello stato allarmante del Paziente lo pneumotorace a pressione; quando non possiamo ammettere con certezza l'enfisema mediastinico, perchè non abbiamo avuto la fortuna di assistere al primo manifestarsi di esso, nè sono evidenti i dati obbiettivi a cui suol darsi una certa importanza per l'indirizzo diagnostico in tal senso, ossia la cianosi e il turgore delle vene del collo, il quale del resto è facilmente mascherato dalla infiltrazione stessa del tessuto cellulare; ma non possiamo nemmeno

escluderlo perchè il traumatizzato presenta quel pallore e quell'enorme turgore delle parti superiori del corpo, quello stato di dispnea profonda e di adinamismo cardiaco che sogliono caratterizzare i casi peggiori di enfisema con frequente interessamento del mediastino, non è giusto praticare senza indugio il taglio soprasternale di Gatellier? Esso, eseguito in anestesia locale, in pochi secondi, rappresenta un trauma trascurabile per il Paziente, *libera in pochi minuti dall'infiltrazione aerea il tessuto cellulare dei varî strati del collo, dal sottocutaneo, all'intermuscolare, al periviscerale, al mediastinico, se anch'esso è invaso dall'enfisema. Che se ciò per avventura non fosse, pur non ritraendosi allora dal taglio basicervicale quella capitale utilità che giustamente gli viene attribuita nei casi in cui si deve agire direttamente sul mediastino, l'incisione riuscirebbe certamente non poco utile anche per il semplice Enf. Tr. Gen. perchè con esso l'infiltrazione gasosa del capo e del collo sopratutto, la quale è particolarmente penosa ai pazienti, viene nondimeno quasi estemporaneamente emendata.*

Forse nei più complessi casi, in cui e l'Enf. Tr. Gen. ed il pneumotorace iperteso insorgono simultaneamente a minare la vita del traumatizzato, la combinazione di questo breve atto operativo con la semplice applicazione della cannula di Reybard rappresenterebbe la cura da raccomandarsi più caldamente a coloro i quali, più che l'esecuzione del brillante atto operativo, perseguono con ogni studio il supremo fine dell'arte nostra.

RIASSUNTO.

L'A. discute la indicazione dei vari interventi che furono e sono in uso dell'Enf. Traum. Gen. e particolarmente stabilisce quando sia opportuno ricorrere al taglio soprasternale.

Del quale per dimostrare il grande vantaggio riporta un esempio tratto dalla personale esperienza.

TESTI E MEMORIE CONSULTATE.

1) HAUBENSCK. *Ueber Rippenfrakt und ihre Folgezustände.* Arch. für Orthop. und Unfall-Chir., Bd. XXI, 1923).
2) BISTOLFI STEFANO. *Sulle complicanze pleuro-polmonari delle fratture costali.* Tesi di specializz. in Radiolog. La Radiologia Medica, n. 11, nov. 1930.
3) F. LEJARS. *Chirurgia d'urgenza.* P. I, pag. 208. Ed. Vallardi, 1922.
4) LE DENTU et DELBET. XXII Vol. *Affections Chirurgicales de la poitrine* (par CHARLES SOULIGOUX). Paris, Baillière, 1911.
5) BRAMANN. *Ueber die Bekämpfung. des mach Lungenverletzungen aufretenden allgemeinen Körperemphysems.* Deutsche Gesells. f. Chir., 1893, XII Kongress.
6) GAMBERINI. *Degli enfisemi sottocutanei da lesioni del torace.* Arch. Ital. di Chir., vol. IV, fasc. 6.
7) SERAFINI. *Enfisema generalizzato da lesione del torace.* Arch. ed Atti della Soc. Ital. di Chir., 1923, Sed. XXIX.
8) LECÈNE et LERICHE. *Therapeutique chirurgicale.* T. II, Masson, éd., 1926, Paris.
9) GATELLIER. Citato da LECENE e LERICHE nel *Trattato di Terapia Chirurgica.*

RESOCONTI STATISTICO-CLINICI.

OSPEDALE « MAURIZIO BUFALINI » DI CESENA
SEZIONE MEDICA
diretta dal Prof. E. MONDOLFO.

Rilievi clinici e terapeutici su 45 casi di tetano.

Prof. EMANUELE MONDOLFO, primario
Dott. AGOSTINO MORETTI, aiuto.

Il presente lavoro concerne lo studio degli ammalati di tetano ricoverati in questo ospedale durante il decennio 1922-31. Faremo precedere brevi cenni sulla mortalità con speciale riferimento ai dati desunti dalla nostra statistica. Saranno di poi esposte alcune considerazioni intorno al periodo d'incubazione e al decorso della malattia; ed infine tratteremo della cura del tetano con particolare riguardo ai metodi usati nel nostro ospedale.

Mortalità. — È fuor d'ogni dubbio che la mortalità per tetano, ancora oggi molto elevata, si è alquanto ridotta con l'instaurarsi della sieroterapia specifica. Le percentuali altissime di mortalità riportate dagli autori meno recenti, quali lo Stiker e il Blumental (fino al 90-95 %) sono discese in questo ultimo ventennio a cifre alquanto inferiori. Curschmann, ad esempio, in base ai dati raccolti nella letteratura, computa la mortalità al 50-80 %; Sonntag, da osservazioni raccolte nei primi tempi dell'ultima guerra, desume una mortalità del 70 %; Bruce, secondo un'ampia statistica che pure risale alla guerra europea, dà una percentuale del 59 % nei casi in cui il periodo d'incubazione durò meno d'una settimana, del 15 % in quelli in cui la latenza dell'infezione superò le due settimane. La mortalità media è calcolata da questo autore al 47 % contro l'84 % dell'epoca preserica. Degno di nota è il fatto che, durante l'ultima guerra, fu largamente usato il siero a scopo

profilattico: a ciò devesi certamente attribuire la diminuzione dei casi ad esito letale.

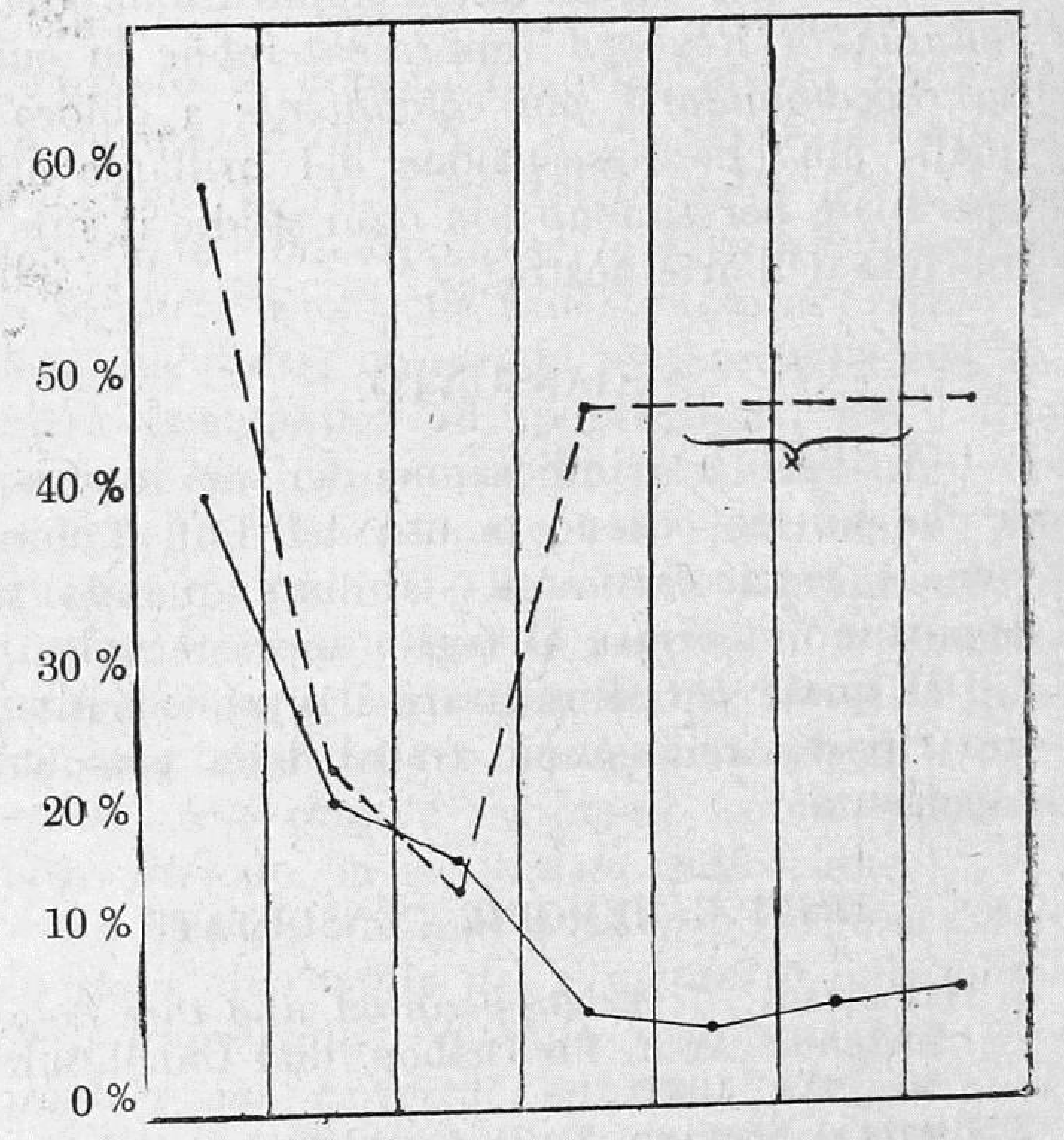
Nel dopo guerra la mortalità risale ancora leggermente. Nicolle (1925) riporta una cifra per lo stato di New York del 67 %, Fabris (1929) in un diligente studio sui casi curati nel quinquennio 21-25 nel Policlinico Umberto I di Roma, deduce una mortalità del 55 %; Sartori (1927) del 56 %; Pezzati (1919-1924) del 52 %.

Queste cifre risultano, come si vede, più alte di quelle calcolate durante il periodo bellico e più basse di quelle dell'epoca pre-serica. Il primo fatto è certamente da attribuirsi alla mancata iniezione preventiva, il secondo alla sieroterapia specifica. Riportiamo a questo proposito alcuni dati desunti da una statistica del Pernin: Su 199 casi trattati senza siero, si ebbe il 79 % di decessi; su 189 con siero, solo il 58 %. Nei neonati la sieroterapia ha abbassato la mortalità per tetano dall'81,6 al 57,4 %.

Nei 45 casi di cui si compone la nostra statistica si sono avuti 19 decessi; una percentuale quindi del 42 %. In nessuno di essi era stata praticata l'iniezione preventiva o perchè la ferita non era stata riconosciuta o perchè questa era stata solo sommariamente medicata dagli ammalati stessi. Diremo in seguito della terapia attuata: per ora facciamo notare come la percentuale dei decessi sia relativamente bassa, in confronto a quella delle statistiche, anche più recenti, che abbiamo riferite.

Accenniamo solo di passaggio al fatto, comunemente ben noto, che il tetano colpisce di preferenza i lavoratori dei campi (oltre il 90 % nella nostra statistica) e che la ferita — dove è possibile scoprirla —, è quasi sempre localizzata negli arti inferiori. Nella nostra statistica, su 34 casi in cui fu possibile accertare l'esistenza di una ferita, in 31 questa era localizzata agli arti inferiori. Le spore del tetano risiedono nel terreno, specialmente in quello concimato a concime animale, meno in quello montano e coperto da boschi. Lo sterco degli animali, e quindi il terreno da essi contaminato, costituiscono il grande veicolo dell'infezione. Secondo alcuni anzi (Ioseph) il bacillo esiste sempre nelle feci dei buoi e dei cavalli sani e nelle feci degli animali in genere. Sanchez-Toledo e Vieillon avrebbero riscontrata positiva la ricerca del bacillo del tetano nel 10 % delle feci esaminate. Si comprende adunque come siano sommamente tetanigene le ferite prodotte da strumenti agricoli imbrattati di terra. L'insorgenza del tetano, là dove non è dimostrabile una ferita, si può spiegare o ammettendo che in realtà una ferita ci sia stata, ma di così lieve entità da passare inavvertita, oppure ammettendo che il punto d'entrata del germe appartenga alle mucose. È noto infatti che la spora del tetano è ospite frequente dell'intestino umano. Dalle ricerche di Pizzini risulta che il 5 % delle feci umane contengono spore del tetano, le quali possono essere ingerite coi legumi crudi, con le frutta, ecc. In tali casi può l'infezione attecchire in corrispondenza di piccole lesioni di continuità localizzate lungo il tubo digerente. Non bisogna dimenticare inoltre che anche la mucosa bronchiale, secondo alcuni, può contenere germi del tetano allo stato saprofitico. Ricordiamo anche la maggior frequenza dell'infezione nel sesso maschile, essendo l'uomo più facilmente della donna esposto ai traumi. La statistica di questo ospedale comprende 36 uomini (80 %) e soltanto 9 donne (20 %). Per la stessa ragione (maggior frequenza dei traumi) si spiega come la grande maggioranza dei casi si verifichino durante la stagione calda, quando fervono più intensi i lavori, specialmente dei campi.

Un dato poi di un certo interesse rilevabile dalla nostra statistica è quello che si riferisce



Anni 1-10, 11-20, 21-30, 31-40, 41-50, 51-60, 61-70.
——— percentuale dei casi di T. sec. l'età.
— — — percentuale dei decessi » »
× complessivamente da 30 anni in su.

alla mortalità infantile. In 18 casi verificatisi in bambini da 3 a 10 anni la mortalità è stata del 61 %: cifra notevolmente superiore a

quella della mortalità generale da noi rilevata (42 %). Anzi, detratti questi 18 casi, la mortalità al disopra dei 10 anni risulterebbe soltanto del 30 %. La maggior parte degli autori non fa cenno della maggiore frequenza dell'infezione tetanica nell'età infantile, come pure sono scarsi i dati riguardanti la mortalità nelle varie epoche della vita. La seguente tavola, compilata in base ai nostri rilievi statistici, dimostra che col crescere dell'età diminuiscono i casi d'infezione; la mortalità ha invece un comportamento diverso: si abbassa rapidamente dai primi anni di vita fino al 30° anno; da questa epoca in sù tende ancora sensibilmente a rialzarsi, fino a raggiungere valori di poco inferiori a quelli dei primi anni di vita.

Periodo d'incubazione e decorso. — Il periodo d'incubazione del tetano è assai variabile; in genere oscilla tra 6 e 14 giorni. Rose nega che i primi sintomi possano insorgere prima di 3-4 giorni dalla ferita. Anche la tossina preparata *in vitro* non agirebbe che dopo un periodo di latenza di qualche giorno: periodo che per Nicolas non sarebbe mai inferiore a 4 giorni.

Nella grande guerra furono però riscontrati casi di tetano con periodo d'incubazione assai più breve. Basterà accennare ad alcuni casi di Kümmel con incubazione di 1-2 giorni, e ad uno di Ritter in cui i sintomi si verificarono solo alcune ore dopo una vasta ferita alla coscia. Secondo la nostra esperienza, la brevità del periodo d'incubazione è da ritenersi tutt'altro che rara. Noi infatti, là dove potemmo con precisione stabilire il periodo di tempo intercorso fra trauma e comparsa dei sintomi iniziali, rivelammo l'insorgenza di questi prima del 4° giorno nel 25 % dei casi (7 casi su 28): fra questi il periodo d'incubazione fu di giorni due in un caso, in un altro di 24 ore, di solo 6 ore in un terzo.

È poi opinione ormai universalmente accettata che l'evoluzione della malattia sia tanto più grave quanto più breve è il periodo di incubazione. Accade tuttavia non di rado di osservare dei casi con brevissimo periodo di latenza e con decorso estremamente mite. Così fra i nostri 7 infermi sopra ricordati (periodo d'incubazione inferiore a quattro giorni) in quattro si ebbe l'esito letale, in tre la guarigione con durata della malattia da 12 a 27 giorni. E si noti che la più breve durata dell'infezione (12 giorni) si ebbe proprio nel caso citato in cui i primi sintomi insorsero solo sei ore dopo la ferita. D'altro lato si osservano casi a decorso gravissimo, rapidamente mortale in malati nei quali la latenza fu di durata eccezionale. La qual cosa si verificò in due casi di nostra osservazione; l'uno con latenza di 17 giorni, l'altro di 19. In ambedue la morte avvenne in terza giornata di malattia.

Questa apparente contraddizione di fatti si spiega con la possibilità che hanno i germi di rimanere per lungo tempo incapsulati, producendo un accumulo locale di tossina, che solo in secondo tempo e per cause diverse si mobilizza, producendo allora la malattia conclamata: donde la necessità di non trascurare mai come inutile la iniezione preventiva di siero nelle ferite curate tardivamente, specie in quelle sporche di terra e con ritenzione di corpi estranei. Devesi inoltre considerare che la spora, da cui ordinariamente origina il tetano, ha bisogno di condizioni locali adatte per dar luogo alla forma bacillare, produttrice di tossina. In condizioni d'ambiente sfavorevoli (ad esempio nelle ferite ampiamente aperte) lo sviluppo del germe può ritardare anche per un tempo superiore a quello che in genere si ritiene il normale periodo di incubazione.

In rapporto al periodo di latenza noi abbiamo suddiviso i 28 casi in cui si potè accertare la durata della latenza in due gruppi a seconda che tale periodo fu inferiore o superiore ad 8 giorni. Al primo gruppo appartengono 11 ammalati, tra i quali 7 decedettero (63,4 %) al secondo 17 dei quali solo 5 decedettero (29,4 %). Tali rilievi confermano dunque in generale:

1) che nella maggior parte dei casi il periodo d'incubazione è superiore ad 8 giorni.

2) Che la mortalità è notevolmente più alta nei casi a breve periodo di latenza.

Un cenno particolare merita la controversa questione dei sintomi locali con cui talora s'inizia la malattia: sintomi passati in silenzio da alcuni autori, ammessi invece da altri con discreta frequenza e giustamente considerati di grande importanza pratica, in quanto annunciano per primi l'avvenuta infezione.

Compaiono di solito sotto forma di sensazione dolorosa, di stiramento, di rigidità dei muscoli appartenenti al territorio in cui ha sede la ferita. Secondo Spiegel essi furono osservati in 7 casi sopra 131, tutti ad esito letale (5,3 %). Sonntag ritiene che si presentino con molto maggiore frequenza, sebbene spesso sia difficile rilevarli; Schittenhehn, in base ad ampia esperienza fatta durante la

grande guerra, giunge ad analoghe conclusioni. Degli autori Italiani il Fabris, nel lavoro citato, li avrebbe riscontrati in 7 casi su 61 (11,47 %). Noi abbiamo potuto rilevare questi segni locali solo due volte su 28 casi (7 %).

Per quanto si riferisce al decorso del tetano, notiamo che possono osservarsi casi, anche gravi, senza il minimo accenno ad un aumento della temperatura. In genere però esiste una febbre modica che sale a valori altissimi (41-42°) nelle ore che precedono la morte, verificandosi anche talvolta ipertermia post-mortale.

La morte per tetano avviene secondo alcuni per insufficienza cardiaca, dovuta al sopraccarico di funzione durante la contrazione tetanica; secondo altri per asfissia conseguente al crampo dei muscoli respiratori. Non bisogna poi dimenticare che in un certo numero di casi la morte può essere dovuta non già al tetano, ma ad una complicazione morbosa, in primo luogo alla bronco-polmonite *ab ingestis*. Esclusa questa eventualità, la morte per tetano può avvenire:

1) Per l'aggravarsi di tutti i sintomi, cioè per l'aumento della rigidità di tutto il sistema muscolare, il che ci sta a dimostrare come il sistema nervoso sia saturato di tossina; in questi casi l'episodio ultimo, caratteristico, è il rapido elevarsi della temperatura che può raggiungere, come abbiamo detto, cifre altissime (41-42°) e che si mantiene anche per un certo tempo dopo la morte. L'asfissia allora, volendo considerare questa come fattore principale di morte, è lenta, progressiva, fino a raggiungere un maximun — coma asfittico — incompatibile con la vita.

2) Per arresto istantaneo del respiro, in seguito ad accesso tetanico di lunga durata. Sulla frequenza di questa ultima eventualità si danno cifre molto diverse; ad ogni modo è certo che la possibilità che l'ammalato soccomba durante un accesso convulsivo deve essere tenuta sempre presente.

Terapia:

a) *Terapia specifica*. — L'efficacia del siero antitetanico usato a scopo profilattico appare ormai incontestata. Chi consideri le cifre della mortalità agli inizi della grande guerra (84 %), quando il siero non era ancora prodotto in quantità sufficiente al bisogno, e quelle conseguenti alla razionale ed adeguata applicazione del metodo profilattico nel periodo successivo (47 %), può rendersene ampiamente ragione. Ma, a malattia conclamata, la somministrazione del siero non sembra influenzare efficacemente il processo morboso, dimostrandosi l'antitossina incapace di neutralizzare la tossina già legata alla sostanza nervosa.

I tentativi escogitati per ovviare a questo inconveniente non hanno dato risultati apprezzabili. Alla via sottocutanea si è sostituita quella intramuscolare o endovenosa per ottenere un più rapido assorbimento; si è tentata la iniezione nello speco vertebrale o direttamente negli spazi subdurali allo scopo di portare l'antitossina a più diretto contatto con la sostanza nervosa: metodi di non sempre facile attuazione e non scevri di inconvenienti. Si è infine usata l'antitossina ad altissime dosi. Bruce cita il caso d'un malato a cui furono iniettate in 20 giorni 9 volte 100.000 U. I. pari a 6 litri di siero di cavallo, con una spesa di 90 sterline!

Non bisogna però dagli insuccessi terapeutici essere indotti a negare ogni efficacia all'antitossina. Iniettata nell'organismo essa neutralizza la tossina in continuo arrivo dal focolaio d'infezione, il quale molto spesso, non bisogna dimenticarlo, ci è affatto sconosciuto e continua quindi indisturbato, per tutta la durata della malattia, a produrre tossine. In questo senso è utile e necessaria la antitossina, sebbene sulla maggiore efficacia di alcune sue vie d'introduzione, o sui brillanti risultati ottenuti seguendo il metodo dell'inondazione si possa essere scettici. Certo è che in molti casi, al momento in cui interviene la siero-terapia, la tossina può essere legata alla sostanza nervosa in dosi non mortali; ond'è sempre buona norma neutralizzare mediante il siero la tossina ancora in circolo ed in continuo arrivo dal focolaio di infezione, e al tempo stesso, se possibile, aggredire la ferita, sbrigliarla, sì da indurre condizioni di vita più sfavorevoli al germe.

Abbiamo accennato alle difficoltà di iniettare il siero nello speco vertebrale e ai pericoli che ne possono derivare. Le prime derivano dalla rigidità della colonna vertebrale e dalla posizione stessa del malato (opistotono) che riduce al minimo gli spazi intervertebrali; i secondi possono essere inerenti al siero (meningiti purulente, mortali, per iniezioni di siero nel rachide) o alla tecnica per iniettarlo. Tutti sanno che basta un leggiero stimolo per risvegliare le contrazioni tetaniche: tanto più dunque esse si produrranno per il dolore e per la reazione di difesa del soggetto durante la puntura lombare. Ricordiamo a questo proposito il caso di un nostro

ammalato, nel quale le conseguenze quasi certamente funeste di un grave accesso tetanico seguito a puntura lombare furono evitate mediante la respirazione artificiale.

Il metodo delle iniezioni subdurali di siero antitetanico, introdotto recentemente da Betz, vanta casi di guarigione (Boker, Meffert, Hartleib, Goedecke, ecc.). Solo per tale via, secondo questi autori, il siero giunge a contatto coi centri nervosi; mentre per la via intrarachidea, avendo esso un peso specifico maggiore del *liquor*, non può diffondersi e tanto meno salire lungo lo speco vertebrale. Sono ad ogni modo troppo scarsi i casi citati per suffragare sufficientemente l'utilità e l'efficacia di tal mezzo di cura, il quale non può avere per ora una larga diffusione nella pratica medica.

Di comune applicazione è invece il metodo preconizzato da Sicard delle iniezioni locali. Previo lavaggio della ferita mediante cloralio ad alte dosi, si iniettano 5-10 cmc. di siero attorno al focolaio traumatico e 15-20 cmc. attorno ai grossi tronchi nervosi periferici che innervano la zona traumatizzata (iniezioni paranervose periferiche). Il trattamento viene ripetuto a distanza di 48 ore e si associa ad iniezione di siero nel rachide e nei muscoli.

b) Cura sintomatica. — Ha lo scopo di combattere la contrattura muscolare e la esagerata eccitabilità nervosa. La prima è in realtà poco influenzabile: il tetanico anche se trattato energicamente con rimedi sedativi, resta sempre rigido. La seconda può essere invece combattuta efficacemente: cosa di grande importanza se si considera che l'accesso tetanico, sempre di origine riflessa, può essere di gravità tale da compromettere di per sè stesso la vita dell'ammalato. Citiamo solo, tra i vari rimedi sintomatici, quelli usati più comunemente:

i bromuri e il cloralio idrato nella dose giornaliera di 4-6 gr.;

il cloruro di calcio, di cui è ben nota l'azione antispastica e sedativa;

il solfato di magnesio, la cui efficacia si esplica in realtà più sulle contrazioni periferiche che sullo spasmo del diaframma e della glottide. Tra i rimedi di questa categoria, preconizzati recentemente, ricordiamo il *Veronale* (Martiri) di pronta efficacia e di scarsa tossicità e l'*Avertina* introdotta da Laeven nel 1927, poi usata con buoni risultati da Haas, Kreuter ed altri.

Nè dobbiamo dimenticare la *sparteina*, vecchio medicamento richiamato oggi in onore. Recentemente è stata avanzata l'ipotesi che questa agisca immunizzando il neurasse contro la tossina o rendendolo meno adatto a risentire gli effetti di questa.

Alcuni autori tedeschi usano da qualche tempo le iniezioni locali di *novocaina*, ottenendo per 2-4 ore un rilasciamento del tono muscolare. Pare che questa sostanza, avendo anch'essa affinità per il sistema nervoso, agisca nel senso di far perdere alla tossina la via del neurasse. Leggermente diversa è l'interpretazione di Rychlick il quale suggerisce di iniettare antitossina e cocaina insieme, pensando che quest'ultima, essendo neuro-affine, prepari la strada alla antitossina che per sè non predilige la sostanza nervosa.

Alcuni autori applicano poi su larga scala *l'anestesia generale* (narcosi eterea o cloroformica): l'associazione di queste sostanze col siero costituirebbe un vero sinergismo terapeutico. A questo punto gioverà osservare che recenti esperienze tenderebbero a dimostrare che il tetanico, anzichè giovarsi, riceve un danno dall'etere somministrato contemporaneamente al siero; e ciò deriverebbe dal fatto che l'etere e la cloronarcosi sottraggono a molti organi, e particolarmente al sistema nervoso, quantità notevoli di lipoidi e specialmente di colesterina, sostanza molto solubile nell'etere e nel cloroformio (Novi). Circa il comportamento dei lipoidi, ognuno sa come queste sostanze combattano efficacemente le azioni locali dei veleni, sia endogeni che esogeni.

L'acido fenico ha azione antispastica e sedativa notevoli; inoltre ha azione antitossica elettiva sui centri nervosi. Sono noti i grandi vantaggi della cura Baccelli applicata al tetano. Qualche autore, usando solo acido fenico per tutta la durata della malattia avrebbe ottenuto dei risultati sorprendenti: Benvenuti l'87 % di guarigioni, Ascoli il 98 %, Pilloni il 70 %. Infine anche per questa sostanza unita al siero si è parlato di sinergismo terapeutico (Woods). Certo è che la maggior parte degli autori associano con vantaggio la sieroterapia con la cura Baccelli.

*
* *

Esponiamo ora brevemente il trattamento che ai malati di tetano viene praticato nel nostro ospedale.

Il paziente è isolato in camera a parte; la luce è ridotta al minimo, e sul pavimento vengono distese coperte per attutire il rumore dei passi (sistema Marchall-Hall-De Renzi). In tal modo l'ammalato viene sottratto agli sti-

moli dell'ambiente. Si procede al più presto allo sbrigliamento della ferita (ove esista) e al lavaggio di questa con acqua ossigenata.

Anche localmente vengono fatte applicazioni di antitossina. Per iniettare il siero in genere si usa la via intramuscolare: raramente, in casi eccezionalmente gravi, si è fatto ricorso alla via endovenosa ed endorachidea, le quali peraltro non hanno modificato la evoluzione della malattia. La quantità di siero somministrata è in genere di 40-80 cmc. *pro die* (20-40.000 U. I., Rosenau) e varia entro questi limiti a seconda dell'età del soggetto e della gravità dell'infezione. La quantità totale è di solito per un adulto di 500-600 cmc.; raramente si giunge a dosi maggiori (700-750 cmc.).

Al siero si associa la cura Baccelli. L'acido fenico viene usato in soluzione oleosa al 10 % (Martiri). Di questa soluzione si iniettano 2 cmc., due volte al giorno (40 ctg. di fenolo).

Contemporaneamente si inizia un'energica cura analgesico-sedativa a base di bromuro e di cloralio per clistere. La formula da noi prescritta è la seguente:

Cloralio Idrato	g.	2
Bromuro di potassio	g.	4
Rossi d'uovo	n.	1
Infuso di Valeriana al 4 %	g.	100
Mucillagine gommosa	g.	50
Laudano	gocce	XV

da ripetersi eventualmente 2-3 volte nelle 24 ore. Viene anche adoperata la sparteina (3-6 ctgr. al giorno per via ipodermica).

Un importante provvedimento terapeutico che a noi preme di segnalare soprattutto all'attenzione del medico pratico, consiste nell'attuare sistematicamente la respirazione artificiale ogni qualvolta intervengano fenomeni asfittici.

Già abbiamo fatto rilevare come una delle più comuni cause di morte nel tetano sia rappresentata dall'arresto brusco del respiro, in conseguenza di un accesso convulsivo di lunga durata (spasmo del diaframma e dei muscoli intercostali): ond'è logico combattere in tali casi l'imminente asfissia con ogni mezzo di cui possiamo disporre, in primo luogo con la respirazione artificiale.

È strano tuttavia che di questa semplicissima manovra alla portata di tutti non sia fatta menzione, per quanto ci risulta, nei più noti trattati di terapia. Nel nostro ospedale dove la respirazione artificiale viene sistematicamente praticata ogni qualvolta le contrazioni, per la loro gravità e durata, mettono a repentaglio la vita dell'infermo, si sono potuti ottenere effetti insperati, realizzando per tal modo un minimo di efficenza respiratoria durante il periodo di apnea, e cioè fino al ripristinarsi della respirazione normale. È evidente che nei casi gravissimi, con contrazioni subentranti e di eccessiva durata, anche la respirazione artificiale può rimanere senza effetto: ma, ove si consideri che in qualche caso la morte può avvenire solo un istante prima del momento in cui, al cessare delle contrazioni, si ristabilirebbe la respirazione normale, è evidente che quel minimo di aereazione polmonare può ridare almeno temporaneamente la vita dell'ammalato. Se poi pensiamo che l'accesso tetanico da noi sventato nei suoi effetti perniciosi sia l'ultimo di tutta una serie di gravità crescente, coincida cioè con l'acme della malattia e che questa poi si attenui, si comprende come in un simile fortunato caso si debba ad un così semplice espediente la salvezza dell'infermo. Uno di noi (Mondolfo) a questo proposito ebbe già l'occasione di riferire alla Società Medico-Chirurgica della Romagna alcuni casi clinici che crediamo utile riassumere brevemente.

Viene ricoverato in ospedale in condizioni gravissime un giovinetto quattordicenne che 3 giorni prima si era prodotta una leggera ferita all'alluce del piede destro. La brevità del periodo d'incubazione e la imponenza dei sintomi iniziali deponevano per una forma grave, a rapida evoluzione. Si iniettano nel rachide 35 cmc. di siero ed eguale quantità nei muscoli. Nella notte gli attacchi convulsivi si fanno più frequenti e più gravi, sino a che si determina l'improvviso arresto del respiro. Il bambino diviene inerte, cianotico; il polso, dapprima frequente, si fa raro ed aritmico: morte apparente. Si pratica la respirazione artificiale, e si riesce ad ottenere dopo pochi minuti la reviviscenza. Il giorno seguente si nota deciso miglioramento: le contrazioni tetaniche si presentano meno gravi, il polso è di frequenza pressochè normale, ritmico. In 14ª giornata di degenza il paziente è dimesso guarito dall'ospedale.

In un altro caso trattavasi di un bambino di sei anni in cui l'arresto del respiro si determinò in seguito a contrazione causata da puntura lombare. Anche questo piccolo infermo dovette la sua salvezza alla pratica della respirazione artificiale: In un altro caso invece il pronto intervento degli infermieri e del medico valse bensì a scongiurare per ben tre volte il pericolo: però al quarto attacco,

sopravvenuto a breve distanza dagli altri, si ebbe l'esito letale.

Dei risultati terapeutici da noi ottenuti, per quanto si riferisce alla diminuzione della mortalità, già abbiamo riferito all'inizio del presente lavoro. Giova qui notare che di 45 malati pervenuti alla nostra osservazione 8 furono ricoverati in condizioni gravissime; 5 di essi morirono nelle prime 24 ore di degenza, gli altri entro le 48 ore. Ora ben si comprende come la gravità di simili casi superi ogni risorsa della terapia.

Dalle indagini fatte risulta che di questi 8 infermi 3 erano giunti in ospedale lo stesso giorno o il giorno successivo all'inizio della malattia; gli altri erano ammalati da più di due giorni, e solo per circostanze speciali non poterono essere ricoverati prima.

Nei riguardi del primo gruppo di casi, ricoverati in ospedale pressochè all'inizio della malattia, è da considerare che il tetano decorre talvolta in modo così rapido e grave da render vano ogni tentativo terapeutico. Ciò dipende innegabilmente dalla grande virulenza che può acquistare il germe in determinate circostanze, quali la natura del terreno e la sua ubicazione. Valga di esempio l'osservazione della percentuale enorme dei casi di tetano all'inizio della grande guerra sul fronte francese, ove, oltrechè per la sua frequenza, la malattia s'imponeva per la estrema gravità del decorso. Soltanto in seguito, con l'uso sistematico del siero profilattico, si potè arginare il terribile morbo. Anche nei sopra riferiti casi di nostra osservazione si può fare appello alla speciale malignità del genio infettivo.

Al secondo gruppo appartengono ammalati giunti tardi all'ospedale o per incuria dei parenti o del malato stesso nel richiedere l'ausilio di persona dell'arte, o perchè l'abitazione del malato era situata in zona pressochè impraticabile e lontana dal centro abitato. In tali casi è certo che una cura tempestivamente iniziata avrebbe dato grandi probabilità di esito favorevole. Tutte le statistiche in genere devono necessariamente tener calcolo di questo dato (tardivo intervento terapeutico) che inalza alquanto la cifra della mortalità. Nella nostra statistica, ad esempio, esclusi questi 5 casi, si avrebbe solo una mortalità del 35 %.

Concludendo, dall'insieme delle nostre osservazioni, in armonia con i rilievi clinico-statistici registrati nella ormai abbondante letteratura sulla infezione tetanica, risulta che:

1) la mortalità per tetano è ancor oggi molto elevata;

2) l'antitossina è efficacissima a scopo preventivo; ma la sua efficacia è scarsa a malattia già conclamata;

3) in qualche caso il decorso è così rapido e di tale gravità da rendere vano ogni tentativo terapeutico;

4) nondimeno la sieroterapia, specialmente se associata ad energica azione sedativa, dà vantaggi indiscutibili: tanto più si manifesta efficace, quanto più precocemente attuata;

5) la respirazione artificiale, in casi di apnea consecutiva ad accesso tetanico, deve essere sistematicamente praticata ed a lungo protratta, potendosi per tal modo salvare ammalati in condizioni disperate.

RIASSUNTO.

Gli AA., dallo studio di 45 casi di tetano ricoverati nell'Ospedale Maurizio Bufalini di Cesena nel decennio 1922-31, traggono argomento per fare alcuni rilievi concernenti la mortalità nelle varie epoche della vita, il periodo d'incubazione e il decorso del tetano. Espongono poi quale sia lo stato attuale della terapia di questa affezione e il trattamento che ai malati di tetano viene fatto in detto ospedale. Da ultimo si soffermano sulla necessità di praticare la respirazione artificiale ogni qualvolta le contrazioni tetaniche siano di gravità e di durata tali da compromettere la vita del paziente.

Secondo gli autori, questo semplice espediente può essere bastevole a impedire che il tetanico soccomba per asfissia durante un accesso convulsivo.

BIBLIOGRAFIA.

Bernard. La clinique, n. 134, 1929.
Dascher. Bull. Gén. de Thérapeutique, vol. 178, n. 10, 1928.
De Paoli. Arch. Ital. Sc. Med. col., fasc. 4, 1931.
Descombey. Annales de l'Inst. Pasteur, n. 5, 1929.
Dufour. Le médecine infantile, 1° gennaio 1930.
Ettorre. Rif. Med., n. 35, 1931.
Fabris. Policlinico, Sez. med., 1929, n. 10.
Ferry. Presse Médicale, n. 79, 1924.
Fattori. Policlinico, Sez. prat., 1927, n. 9.
Garofeanu. Arch. Méd. Belges, luglio 1930.
Gansa Raspell P. La medicina del los miaños, gennaio 1926.
Grenet. Presse Médicale, 1926, n. 100.
Kaspar. Brun's Beitr. Klin. Chir., Bd. 145, H. 2, pag. 313.
Knop. Münch. Mediz. Woch., n. 5, 1930.
Leenhardt e Reverdy. Presse Médicale, 1926, n. 28.
Levi-Cattelani. La clin. ped., fasc. 8, 1922.
Mandl. Beitr. z. Klin. Chir., Bd. 138, H. 4, 1927.
Martiri. Policlinico, Sez. prat., 1927, n. 9.
Id. Riforma Medica, 1927, n. 25.
Meffert. Zeit. f. Chir., 1928, n. 1.

MOHR e STAEHELIN. *Trattato di medic. int.* Vol. I, parte I.
MONDOLFO. Policlinico, Sez. pratica, 1915.
NICOLL. New York Med. Journ., 1° maggio 1926.
NOVI. Rass. di Clin. Ser. Sc. aff., fasc. 2, 1931.
ODDO e ZUCCARELLI. Riforma Medica, 1925, n. 39.
PAGNEZ-RIVOIRE. Bull. Soc. Méd. des Hôp., n. 35, 1929.
PANSERA. Gazzetta degli osp. e clin., n. 14, 1926.
PELFORT. Arch. latino-americanos de Pediatria, genn.-febbr. 1921.
PILLONI. Policlinico, Sez. prat., 1927, n. 33.
ROMANINI. Ibid., 1929, pag. 1174.
SALVIOLI. Boll. I. S. M., agosto 1931.
ID. La Clin. Ped., settembre 1931.
SARZI-SARTORI. Policlinico, Sez. prat., 1928, n. 7.
SICARD. Journal des praticiens, n. 47, 1927.
SILVESTRINI. Riforma Medica, n. 11, 1925.
SMITH. American Journ. of the med. sciences, vol. CLXVIII, n. 6, 1925.
TAPIA. Gazz. des Hôp., 1924, pag. 237.
TSCHEBULL. Deut. Zeit. f. Chirurg., n. 210, 1927.
ID. Wiener Klin. Woch., n. 49, 1927.
VACCAREZZA. La Semana medica, n. 12, 1931.
VALABREGA. Arch. latino-americanos de Pediatria, n. 3, 1922.
VANIER e PINOCHÈ. Journ. des Praticiens, n. 11-bis, 1931.
VIEDHOPF. Deut. Zeit. f. Chirurg. vol. 232, 1° luglio 1931.

L'ATTUALITÀ SCIENTIFICA

Nuovi progressi nello studio delle vitamine.

(A. BICHEL. *Die Med. Welt*, 30 gennaio 1932).

La storia della dottrina sulle vitamine può dividersi in quattro parti: la prima comprende i lavori che portarono alla scoperta delle vitamine, ed in particolare di alcuni fattori vitaminici ed alla conoscenza dei rispettiti quadri clinici, per mancanza totale delle vitamine nell'alimentazione o soltanto di alcuni suoi fattori (avitaminosi, A. B. C. ecc.); la seconda è caratterizzata dallo studio delle fine modificazioni del ricambio energetico e materiale, i quali si trovano a base delle manifestazioni cliniche della malattia (disturbi dell'accrescimento, beri-beri, scorbuto, rachitide e disturbi di riproduzione); la terza, riguarda la preparazione delle vitamine allo stato di purezza, e la quarta infine, come conseguenza di quest'ultimo periodo, studia l'iperavitaminosi, dovuta all'esagerato apporto di vitamine, in grandi quantità all'organismo. Poichè le vitamine sono contenute in piccolissima dose negli alimenti, e d'altra parte poichè il corpo può usufruire solo limitatamente delle vitamine introdotte coll'alimentazione e non è capace da solo di fabbricarsele, così si è potuto arrivare a riprodurre il quadro della iperavitaminosi totale o di alcuni fattori (A. B. C. ecc.) soltanto quando si è riusciti a produrre e preparare allo stato puro le differenti vitamine.

Se il quadro clinico delle avitaminosi è abbastanza conosciuto, poco note sono invece le alterazioni fini del ricambio energetico e materiale dell'organismo in carenza di vitamine.

Da una fine analisi di queste alterazioni, si potè giungere al convincimento, che non tutti i fattori vitaminici, ritenuti dapprima da noi come unici, fossero tali, ma si dimostrò poi come molti di essi risultassero formati da due o più fattori differenti per la loro azione. Così p. es., la vitamina B. contiene due fattori, l'uno B^1 antineuritico e promovente lo sviluppo, e l'altro B^2 antipellagroso e promovente l'accrescimento.

Alle alterazioni del ricambio energetico e materiale compartecipano, sia nella avitaminosi generale che parziale (A. B. C. ecc.) tanto le sostanze organiche, che gli elementi minerali del corpo.

Come espressione di alterazioni morfologiche nella avitaminosi si trovano solo processi di atrofia e di degenerazioni delle cellule dei tessuti e degli organi; mai dei processi a carattere infiammatorio, i quali, se sono presenti, rappresentano soltanto dei fenomeni secondari; le gravi alterazioni del ricambio materiale conducono infatti a dei prodotti intermediari pàsseggeri o finiscono per dare origine a particolari ed abnormali composizioni.

Nel corpo in avitaminosi compare così una sostanza tossica, la quale però non giustifica come hanno cercato di fare alcuni il concetto di tossicosi, per la avitaminosi, benchè alcuni sintomi di essi abbiano una origine tossica.

Vogt e Möller, in questi ultimi tempi, attribuirono queste manifestazioni tossiche della avitaminosi B, al *Methilglyoxal*, che sarebbe un prodotto intermediario del ricambio dello zucchero; un prodotto cioè di passaggio della glicolisi animale, il quale si troverebbe, in questa forma, presente nel sangue in quantità maggiore del normale ed avrebbe una azione tossica.

Tali risultati si riallacciano a ricerche fatte dall'autore già fino dal 1924 sul bilancio del carbonio, ricerche confermate poi da Nigra, e più tardi da Jam Roche sul filtrato di sangue deproteinizzato di piccione in avitaminosi B, col comportamento del quoziente C. : N. (*Bull. Soc. Chim. Biol.*, 1931, n. 2). La grande importanza che ha assunto odiernamente lo studio del bilancio del carbonio negli stati di avitaminosi si spiega col fatto, che solo così, si può penetrare nel segreto delle oscure alterazioni predominanti nelle avitaminosi.

Abbassamento del ricambio basale, innalzamento del ricambio materiale, senza bastante compenso nella alimentazione sufficiente delle cellule, aumento della carbonuria diossidativa costituiscono la triade, in cui sono comprese le alterazioni speciali del ricambio materiale delle sostanze organiche nelle avitaminosi.

Di pari passo vanno con queste alterazioni, quelle del ricambio dei minerali specialmen-

te del ferro e del calcio. Nelle alterazioni da avitaminosi, si deve sempre considerare come punto di partenza le alterazioni delle sostanze organiche cellulari anche se le alterazioni si mostrano prevalentemente, come disturbo, del ricambio minerale.

Le funzioni delle vitamine possono essere adattate alla particolarità del ricambio materiale ed energetico delle cellule in alcuni organi in un modo specifico. Spetta dunque loro una certa specificità; sono esse infatti dei catalizzatori della più alta specificità. Ma i progressi maggiori nello studio delle vitamine, si sono fatti in questi ultimi tempi, nella preparazione allo stato di purezza dei differenti fattori vitaminici. Karl Oppenheimer ci descrive, come Windaus sia riuscito, mediante speciale irradiazione, ad ottenere in questi ultimi mesi dell'anno corrente, la vitamina D_1, pura e cristallina ad alto potere vitaminico. Le sue dosi limiti sono mgr. 0,00003. Essa è identica alla sostanza tossica, il limite dose della quale si trova a 0,05 mgr. Contemporaneamente Linsert con irradiazioni a lampada di magnesio, giunse ad ottenere una vitamina $D._2$, che è ancora attiva; risultò poi che la $D._1$ è una formazione molecolare di $D._2$, con un isomero alcoolico. La D_2 è una sostanza identica al *Calciferol* di Askew e collaboratore. Allo stesso gruppo di corpi ai quali appartengono, colesterina, ergosterina e suoi derivati e le sterine, vi è anche forse la vitamina E, la vitamina della riproduzione, la quale sarebbe concentrata in preparati ad altissima efficacia, ma la cui natura chimica non è ancora ben nota. Loewe, Dorn e Faure, hanno isolato da questi prodotti la « Tokinina », corpo il quale produce nei ratti castrati l'aspetto caratteristico dell'ormone sessuale femminile.

Sembra dunque esistere fra vitamina E e tokinina un certo rapporto di vicinanza. Alla classe delle sterine, sembra si debbano ascrivere anche gli ormoni sessuali maschili e femminili. Butenand, Doisy e Marrion, hanno ottenuto cristallizzato l'ormone sessuale femminile e Butenand anche il maschile. La formula chimica dell'ormone follicolare è, secondo questo A., $C^{18} H^{22} O^2$, per quello testicolare $C^{16} H^{26} O^2$. I due ormoni sono certamente simili, perchè contengono lo stesso nucleo ad anello. Dose limite pel primo è, 0,000025 mgr., pel secondo 0,001 mgr. Schöller li ricavò dall'urina di donna gravida e del giovane uomo.

Ad un'altro gruppo di sostanze appartiene la vitamina A o dell'accrescimento. Questa vitamina si forma nel corpo da una provitamina, la *carotina*, pigmento giallo diffuso nelle piante ed in ispecie nelle carote. Euler, con nutrizione ricca di carotina ai conigli e ai cani, osservò un accumularsi di vitamina nel fegato. Karrer ne ha scoperto la formula: C_{20}, H_{29}, OH. La carotina al contrario consta di più isomeri ed è della formula C_{40} H_{56}. La vitamina origina dalla molecola della carotina per una decomposizione ossidativa in due parti, nelle quali si forma il gruppo CH_2 OH. La dose limite è 0,0001 mgr. per il topo, per un giorno. La vitamina B_1 fu isolata per prima volta da Jensen e Donath dal riso; Windas e collaboratori ne riuscirono a preparare un derivato cristallizzato. Windans dà come formula C_{12} H_{17}, N_3, OS.

Dose limite 0,0033 per giorno.

Spetta agli scienziati norvegesi il merito di avere portato un largo contributo invece allo studio della vitamina C.

Questa vitamina è molto sensibile all'ossigeno dell'aria e perciò essa viene distrutta negli alimenti, che la contengono, sia colla essicazione, sia colla bollitura, sia colla conservazione, che colla salatura. È noto come questa vitamina, sia relativamente resistente nelle soluzioni acide, ma come sia facilmente danneggiata invece in quelle alcaline o neutre. Queste qualità quindi occorre tenere presenti nella sua preparazione.

La vitamina C. è secondo Rjgh un orto-di-fenol assai efficace nello scorbuto delle cavie alla dose di 0,02 fino a 0,03 mgr.

Fu preparata dalla narcotina (C_{22}, H_{23} O_7 N) la quale si ottiene dalle arancie, con metodi di estrazione in cui si deve operare senza la presenza di aria. La narcotina è inattiva di per se stessa, ma trattata con raggi ultravioletti o acido cloridrico diventa attiva.

Rjgh perciò considera le vitamine C come un derivato della narcotina.

Vitamina C formatasi spontaneamente si trova nell'orzo fermentato.

Rjgh trovò aggiungendo a 1 Kgr. di orzo fermentato 10 gr. di narcotina, dopo 10 giorni tutta la narcotina trasformata in orto-di-fenolo.

Il gruppo metilico era stato separato come alcool metilico e come tale fu dimostrato.

MANZINI.

SUNTI E RASSEGNE.

RENI E VIE URINARIE.

L'ammoniuria spontanea e provocata nelle nefropatie.

(CIPRIANI, PINOLINI e VALLE. *Archivio per le scienze mediche*, novembre 1931).

La grande maggioranza degli studiosi si associa oggi alla concezione di Nash e Benedict secondo la quale la genesi dell'ammoniuria è da riferirsi ad una funzione del rene che produrrebbe sinteticamente la massima parte dell'ammoniaca delle urine. Gli AA. premettono alcune considerazioni sull'ammoniuria, l'ammoniemia e l'ammoniogenesi.

Ammoniuria. In condizioni normali un uomo del peso di 65-70 Kg., a dieta abituale mista, elimina gr. 0,400-0,600 di ammoniaca nelle 24 ore, corrispondente a 0,300-0,500 grammi in 1000 cmc. di urina e al 4-5 % dell'azoto totale urinario. L'eliminazione dell'ammoniaca varia in relazione col tipo di alimentazione: si abbassa con un regime nettamente vegetariano che è alcalinizzante e si innalza con un'alimentazione protratta esclusivamente albuminoidea che è acidificante. L'acidosi si accompagna quasi sempre a iperammoniuria; questa quindi si osserva nel digiuno, nel diabete mellito grave, nella grave insufficienza epatica, nell'asfissia, ecc. Solo l'acidosi uremica non si accompagna a iperammoniuria pur riscontrandosi talora in detta acidosi forti riduzioni della riserva alcalina del sangue. L'alcalosi invece si accompagna ad ipoammoniuria.

Variando collo stato di acidità e di alcalinità del sangue la quantità di ammoniaca nelle urine, si pensa che un meccanismo di regolazione dell'equilibrio acido-basico presieda all'eliminazione di questa base in quanto l'ammoniaca base forte legherebbe gli acidi mentre lascierebbe in libertà le basi nel sangue.

Ammoniemia ed ammoniogenesi. Coi metodi moderni di ricerca varî autori hanno riscontrato che in condizioni normali la quantità di ammoniaca nel sangue è quasi sempre inferiore a mmgr. 0.05 in 100 cmc. (0,011-0,037 secondo Parnas e Kliesicki). Essa però varia secondo la regione in cui viene prelevato il sangue.

Sebbene da recenti ricerche risulti che diversi organi e tessuti possono formare ammoniaca, è certo però che sopratutti il rene presiede all'ammoniogenesi e particolarmente alla genesi dell'ammoniaca che si elimina con l'urina. In favore della genesi renale dell'ammoniuria parlano i seguenti argomenti: 1) mancanza di ogni rapporto tra ammoniemia ed ammoniuria; 2) l'ammoniemia non aumenta dopo nefrectomia bilaterale o legatura degli ureteri; 3) l'ammoniaca della vena renale è in quantità più che doppia di quella che si riscontra nell'arteria renale e nel sangue della circolazione generale.

Circa le sostanze da cui si forma l'ammoniaca si sono prospettate varie possibilità. Secondo Nash e Benedict l'ammoniaca nel rene si formerebbe dall'urea, secondo Besançon ed altri dagli aminoacidi, secondo alcuni autori tedeschi esisterebbe nel sangue una sostanza madre dell'ammoniaca. Come si vede la questione non è ancora risolta.

Gli AA. dosarono l'ammoniaca nelle urine adoperando contemporaneamente due metodi: *a*) il metodo della distillazione e dosaggio titrimetrico; *b*) il metodo di fissazione dell'ammoniaca col Permutit e dosaggio colorimetrico. Con numerosi dosaggi di confronto adoperando urine non dealbuminizzate, e dealbuminizzate, i due metodi diedero in complesso risultati molto vicini. Nello stesso tempo si prendevano in considerazione i caratteri dell'urina, l'urea e il cloruro di sodio nelle urine, l'azoto incoagulabile, il cloruro di sodio e la riserva alcalina nel sangue, le prove della diluizione e della concentrazione, e si teneva conto del tipo di alimentazione ed in alcuni casi fu anche dosata l'ammoniemia.

Le ricerche furono condotte su *33* casi: 5 soggetti sani, 7 casi di glomerulo-nefrite acuta e subacuta, 7 casi di glomerulonefrite diffusa cronica senza insufficienza renale assoluta, 8 nefrosclerosi primitive o secondarie con insufficienza renale assoluta, 5 nefrosi, 1 pielite, con un totale di 290 osservazioni. Nei casi non gravi fu somministrata per 3 giorni consecutivi un'alimentazione acidosica per provocare iperammoniuria.

Gli AA. pervennero alle seguente conclusioni:

1) nelle glomerulo-nefriti acute e subacute l'ammoniuria si comporta in relazione al grado di deficienza funzionale secretiva: l'ammoniuria è normale se la lesione è leggera, è invece abbassata più o meno fortemente secondo il grado di deficienza funzionale;

2) nelle glomerulo-nefriti diffuse croniche l'ammoniuria si dimostra pure in relazione pressochè costante col grado di deficienza funzionale secretiva del rene;

3) nei casi di nefrosclerosi primitiva e secondaria con insufficienza renale assoluta, l'ammoniuria è straordinariamente bassa, anche nei casi con acidosi nel sangue dimostrata dall'abbassamento della riserva alcalina;

4) nelle nefrosi lipoidee pure senza sintomi nefritici, l'ammoniuria ha un comportamento normale sia con i pasti abituali, che con alimentazione acidosica. Solo si ha una diminuzione dell'ammoniuria parallelamente alla diminuzione degli edemi;

5) nelle forme di nefropatia con pielite o pielocistite, l'ammoniuria essendo in parte di origine bacterica, non corrisponde al grado dell'insufficienza renale.

Tutti i risultati in complesso furono favorevoli alla genesi renale dell'ammoniuria.

Gli AA. notano che la lesione tubulare nefrotica lipoidea come non impedisce il potere di concentrazione così non impedisce l'ammoniogenesi e che infine l'alimentazione vegetariana nelle nefriti con insufficienza renale risponde anche al concetto di risparmiare il lavoro di ammoniogenesi, pur non dovendosi spingere la reazione delle urine oltre alla reazione neutra.

D. LONGO.

Le scorie azotate del sangue nella nefrosi lipoidea.

(CH. ACHARD e A. CODOUNIS. *Bull. Acad. de Médec.*, 6 ottobre 1931).

Le numerose ricerche fatte in questi ultimi anni sulla nefrosi lipoidea hanno mostrato che questo stato morboso è uno di quelli in cui i disturbi della composizione del sangue sono i più considerevoli e svariati.

Questi disturbi riguardano principalmente i proteidi e i lipoidi, ma se ne possono notare anche a carico degli altri costituenti del plasma. In quanto all'urea se, nelle forme cosidette pure, essa non si accumula nel sangue, può nondimeno trovarsi aumentata quando vi siano delle lesioni epiteliali estese. Lo stesso può avvenire degli altri prodotti azotati e non è senza interesse il comparare sotto questo rapporto l'urea, l'acido urico e l'azoto totale non proteico. È questo che gli AA. hanno fatto in 19 casi di nefrosi lipoidea, di cui sono riportate brevemente le osservazioni.

In tutti questi casi esisteva la lipoiduria; ma in un primo gruppo (7 casi) si trattava di nefriti acute o subacute, ordinariamente consecutive ad un'angina; un secondo gruppo comprendeva 4 casi abbastanza puri di nefrosi lipoidea; il terzo gruppo comprendeva casi con lesioni di vario tipo, quali grosso rene bianco, rene grinzo, ecc.

Dalle osservazioni fatte si deduce che in tutti i casi in cui i tassi dell'acido urico e dell'azoto non proteico erano alti, anche quelli dell'urea erano alti per quanto non esistesse un parallelismo rigoroso fra l'urea e le altre scorie azotate. L'acido urico era quasi in tutti i casi superiore al normale e così anche l'azoto totale non proteico.

L'urea anche era molto frequentemente al disopra del normale e la sua elevazione persistente era un indice di lesioni progressive e irreparabili. In dieci casi essa era al tasso di 1 per mille. Questa elevazione del tasso sanguigno delle differenti scorie azotate viene in appoggio all'opinione che collega la lipoiduria a delle lesioni nefritiche. Inoltre questo accumulo di sostanze azotate disturba il regime iperazotato che converrebbe adottare per combattere l'ipoproteinoemia che si riscontra in tali casi, e richiede che il pratico sorvegli attentamente il suddetto regime.

G. LA CAVA.

Reperti istologici nelle affezioni infiammatorie croniche delle capsule renali.

(GROSSMANN W. *Zeit. f. urol. Chir.*, vol. 29, pag. 79).

Il primo che elevò a dignità di capitolo a sè, le affezioni infiammatorie croniche dei rivestimenti connettivali del rene, fu Rovsing nel 1902. Nella sua comunicazione, riguardante numerosi casi di perinefrite, quasi tutti in rapporto con affezioni renali, Rovsing concluse che i disturbi subbiettivi potessero venire guariti o sensibilmente migliorati con una nefrolisi, poichè la loro causa risiedeva in una compartecipazione alla flogosi, della *membrana propria* del rene.

I disturbi difatti, sempre secondo Rovsing, erano legati a compressione o stiramento della membrana oppure anche a fusioni di essa con masse callose connettivali delle vicinanze. Tali alterazioni furono descritte dal Rovsing stesso, ma solo dal punto di vista macroscopico: i reperti microscopici riguardavano esclusivamente il rene.

Da allora pochi altri autori si sono interessati dell'argomento. Lichtenstern riferì su 24 malati: in 17 dei quali non potè ritrovare nessuna lesione renale. In questi casi egli ammise un focolaio embolico delle capsule proveniente quasi sempre dalle tonsille, e dovuto a germi attenuati. Questi nel rene avrebbero permesso una *restitutio ad integrum* perfetta: dei tessuti perirenali avrebbero dato origine a flogosi croniche.

Altri che si interessarono dell'argomento furono Necker, Israel che distinse le perinefriti (della capsula fibrosa) dalle epinefriti (caps. adiposa), e dalle paranefriti (spazio retroperitoneale). Illyes ritenne che alcuni depositi di cristalli di urati ritrovati nelle capsule renali in alcuni casi di calcolosi asettica fossero la causa di un'infiammazione cronica perirenale. Haslinger ha constatato aderenze fino al peritoneo, ciò che lo indusse a ritenere che qualche volta i disturbi fossero legati alle flogosi di tale membrana.

L'A. ha potuto dedicarsi allo studio di tali affezioni facendo tesoro di 70 casi occorsi alla sua osservazione. Si trattava di reni idronefrotici pielonefrotici, calcolosi. I reni si mostravano sani oppure presentavano delle cicatrici retratte, pur ammettendo che non sia sem-

pre possibile stabilire lo stato di tutto un organo dalla sua superficie esterna. Piccoli tratti di reni, escissi durante l'operazione permisero di studiarne lo stato istologico.

In molti casi il reperto fu perfettamente normale.

In altri si ebbe l'impressione che la compartecipazione delle vicinanze fosse avvenuta per via linfatica più che per continuità. Di solito non v'era alcuna proporzione tra la modesta lesione renale e l'imponente partecipazione dei tessuti circumambienti, anzi, mentre nei primi la flogosi sembrava già spenta negli altri era in piena attività.

Bisogna subito dire che la massima parte delle perinefriti era legata all'esistenza di pielonefriti, o a lesioni degli annessi maschili (Heckenbach).

In questi casi la flogosi si trasmette lungo i tessuti periureterali, senza invaderne il lume: altre volte è in questione il cieco, in altre la lesione è nettamente embolica.

Nei casi di calcolosi asettica le lesioni erano minime, non fu potuto constatare mai il reperto di Illyes: negli altri casi le alterazioni più spiccate si trovavano in corrispondenza di cicatrici e riguardavano la capsula fibrosa. In qualche caso giunto al tavolo operatorio con la diagnosi di perinefrite, non si trovò macroscopicamente che un lieve ispessimento del grasso e delle capsule, mentre che microscopicamente esistevano evidenti i segni di flogosi attiva.

È l'edema, evidentemente, che provoca con la compressione dei tronchi nervosi, la massima parte dei disturbi accusati dai pazienti.

Istologicamente nelle osservazioni dell'autore furono riportati (e da porsi in ordine successivo): 1) edema con infiltrazione; 2) poi focolai recenti di infiltrazione, con partecipazione dei vasi (ispessimento delle pareti arteriose e periflebite); 3) ispessimento lieve della capsula con eosinofili, cellule plasmatiche e plasmasimili; 4) ispessimento netto ialinofibroso della capsula con cicatrici retratte ricche di cellule rotonde e linfociti.

In qualche caso l'edema è così imponente da meritare il nome di perinefrite sierosa (Necker). Esso è stato interpretato come un segno precoce degli ascessi corticali del rene. Microscopicamente si tratta di edema associato a tralci di connettivo ialino e focolai di infiammazione. E. MINGAZZINI.

La prostatectomia perineale extramuscolare, sulla base dell'esperienza di 5 anni.

(HAIME. *Zeit. f. Urol.*, vol. 25, 1931).

L'A. enumera i vantaggi che offre la prostatectomia perineale in confronto alla soprapubica: modico schock, possibilità di far alzare presto i malati e quindi profilassi delle complicazioni polmonari, scarsità di trombosi ed embolie, facile drenaggio, maggior rapidità di guarigione.

L'A. non ha mai visto prodursi fistole urinarie durevoli e solo due volte ha avuto occasione di notare una incontinenza del resto di breve durata.

Il metodo usato dall'A. differisce dal metodo originale in due punti: nel rispettare lo sfintere esterno dell'ano facendosi strada tra questo e il retto e in una modificazione del retrattore di Young che viene infilato nell'uretra come un catetere e non attraverso un'apposita ferita della parete uretrale.

L'operazione viene condotta nel modo seguente. Posizione del taglio della pietra. Riempimento della vescica con soluzione borica.

Incisione ad arco intorno all'ano distante da questo 1 cm. Preparazione dello sfintere esterno dell'ano, che viene spostato in avanti e separazione dal retto che si sposta indietro; introduzione del retrattore di Young modificato e trazione sulle branche di esso: si può così riconoscere nella ferita l'uretra fino al bulbo e si vedono i due lobi prostatici con la loro capsula; incisione di questa previa legatura di qualche vaso ed enucleazione col dito o con la sonda di Kocher dei lobi prostatici. Drenaggio con garza e introduzione in vescica di un catetere a permanenza.

Dopo due giorni si toglie il drenaggio che non viene sostituito; dopo 4-5 giorni il malato si può alzare.

Dopo 8-10 giorni si toglie il catetere a permanenza: in qualche raro caso il malato urina già completamente dall'uretra. Nella maggior parte dei casi dopo 4-6 settimane l'urina esce quasi completamente dalla vescica, ma già dopo 12 giorni in genere la perdita perineale è scarsa. L'A. non ha mai visto fistole durature.

Dei 50 malati operati dall'autore 6 sono morti: 5 per urosepsi e 1 per emorragia. I casi di morte risalgono ai primi tempi quando l'A. suturava parzialmente la ferita ed a questo fattore come causa di sepsi egli principalmente riporta la relativamente elevata mortalità. In complesso l'A. è strenuo sostenitore del metodo da lui modificato che egli paragona per semplicità e rapidità di guarigione ad una erniotomia o un'appendicectomia.

P. STEFANINI.

TISIOLOGIA.

La tubercolosi nel 1931.

(P. LEREBOULLET e M. LELONG. *Paris Médical*, 2 genn. 1932).

Gli AA. passano in rivista lo stato attuale delle cognizioni sulla tubercolosi segnalando in modo particolare l'opera vasta ed esauriente pubblicata da poco da Sergent con Bor-

det, Durand e Couvreux, « l'esplorazione radiologica dell'apparato respiratorio » e riferendosi ai congressi sulla T. b. c. di Bordeaux e di Bologna.

Quest'ultimo a detta degli AA. ha suscitato l'ammirazione dei maggiori tisiologi francesi. Anzi essi in attesa di vedere come si rifletterà verso la lotta antitubercolare l'applicazione delle nuove leggi sulle assicurazioni sociali, si augurano di ottenere quanto da noi già si va realizzando in seguito alla legge per l'assicurazione contro la tubercolosi.

Dal punto di vista biologico gli studi più recenti hanno preso in considerazione la batteriolisi del b. di Koch che dalla maggior parte degli AA. viene contestata e la questione sempre viva dell'ultravirus tubercolare. Fra i contributi più interessanti all'argomento gli AA. citano i lavori di Sanarelli e Alessandrini i quali riferiscono d'aver catturato le forme elementari dell'ultravirus servendosi dei sacchetti di collodion nel peritoneo di coniglio.

J. Albert Weil, riassumendo le opinioni correnti e le sue ricerche personali mostra come ai vari costituenti isolabili dal bacillo di Koch si possano attribuire funzioni morbigene proprie.

Così certi lipoidi provocherebbero soprattutto le formazioni specifiche tubercolari, mentre lesioni aspecifiche sarebbero date da frazioni proteiche, polisaccaridi, ecc.

Le proteine batteriche agirebbero come antigeni provocando la formazione di anticorpi. Tuttavia tale funzione e quindi lo stato di sensibilizzazione allergica spettano nella maggior misura ai germi vivi.

Etiologia e clinica. Sull'eredità tubercolare ha emesso una teoria il Monckeberg il quale ammette la possibilità della trasmissione placentare nelle tre forme: tubercolosi congenita bacillare con lesioni anatomiche; bacillosi congenita senza lesioni, cioè una forma di setticemia pura; infezione transplacentare per mezzo dell'ultravirus. Tutto ciò non è punto pacifico e una monografia di Couvelaire e Lacomme svaluta di molto l'importanza dell'eredità tubercolare.

Sulla parte che il contagio diretto e prolungato ha nel determinare la t. b. c. polmonare nell'adulto R. Debré e T. Martiny-Gagey hanno indagato, esaminando un gruppo di 200 tubercolosi e uno di 200 malati d'altre malattie. Nella storia dei primi figurava un contatto prolungato con tubercoloso contagioso nel 60 % dei casi e in quello dei secondi solo nel 5,8 %. Di fronte all'importanza grande del contagio quella della miseria, privazioni, patemi d'animo apparve invece agli AA. assolutamente irrisoria.

Sulla bacillemia tubercolare parecchi AA. hanno lavorato cimentando vari metodi di cultura i quali hanno mostrato di esser sensibili solo a concentrazioni altissime di germi.

Ciò fa pensare che la negatività abituale dei resultati dell'emocultura non dipenda davvero dalla mancanza di bacillemia. I metodi recentemente vantati come sensibilissimi dal Löwenstein per l'isolamento del b. di Koch dal sangue non hanno dato buona prova alla generalità dei ricercatori.

Sulla tensione arteriosa ha pubblicato il Fame, secondo il quale la t. b. c. non è affatto una malattia elettivamente ipotensiva, come abitualmente si crede e in ogni modo la tensione arteriosa non ha significato prognostico considerevole.

Alle stesse conclusioni sono arrivati moltissimi autori riguardo al dosaggio delle proteine nel sangue.

Sulla vaccinazione preventiva col bacillo B. C. G. vengono citati numerosissimi lavori biologici e clinici i quali ne confermano l'innocuità e l'efficacia.

Dal lato della terapia si citano ricerche di Levaditi e Li Yuan Po i quali hanno ottenuto rapide calcificazioni di focolai tubercolari in conigli coll'ergosterolo irradiato, molti lavori sul pneumotorace tra cui uno notevole di Paul Véran sui criteri per dosare la durata del trattamento e parecchi sui metodi di frenico- exeresi e di alcoolizzazione del frenico i quali vanno sempre più guadagnando il favore dei medici.

M. LUSENA.

L'eziologia della tubercolosi polmonare cronica nell'adulto.

(R. DEBRÉ e TH. MARTINY-GAGEY. *Revue de la Tuberculose,* giugno 1931).

Gli AA. hanno compiuto un'inchiesta sugli antecedenti e sovratutto sulle possibilità di contaminazione tubercolare in 200 individui tubercolotici in cura nell'ospedale Beaujon (di Parigi), estendendo la ricerca anche su altri 200 individui dello stesso ospedale, ma non tubercolosi.

Dall'inchiesta risulta che nei malati tubercolosi, si trova il ricordo di un contatto importante e prolungato con un tubercoloso contagioso nel 60 % dei casi (74 % nelle donne e 44 % negli uomini). Invece, nella serie degli indenni, un simile contatto si trova soltanto nel 5,8 % (7 % nelle donne e 4,7 % negli uomini). Tale differenza è ancor più sensibile se si tien conto dei contatti probabili e non soltanto dei certi, poichè la proporzione, rimanendo del 5,8 % nei non tubercolosi, sale a 68 % in quelli tubercolosi.

La tubercolosi evolutiva sembra più frequente nelle donne giovani (16-30 anni) che negli uomini della stessa età; invece, la proporzione è inversa per i malati in età maggiore.

La contaminazione appare di origine famigliare nel 79 % dei casi fra le donne e del 54 % negli uomini, cioè nel 66,5 % di tutti i casi in cui si è trovato il contatto.

Fra i casi degli AA., la tubercolosi non sembra particolarmente pericolosa per il congiunto.

La maggior parte delle contaminazioni che data dall'infanzia possono non provocare una tubercolosi evolutiva che dopo l'adolescenza, all'età matura ed anche dopo i 40 anni.

La prognosi della tubercolosi polmonare non è legata alla lunghezza del periodo latente, cioè di quel periodo che si estende dalla contaminazione alla comparsa clinica della malattia, ma piuttosto all'età del malato al momento in cui la tubercolosi incominci ad evolvere.

Fra i tubercolosi, non vi è maggior prevalenza di rurali che fra gli altri malati di confronto; la metà dei rurali, fra i tubercolosi, è arrivata a Parigi digià contaminata.

Non si è potuto mettere in evidenza che le diverse malattie, i dispiaceri od i crucci abbiano una parte preponderante nel manifestarsi della malattia. Nemmeno le privazioni rappresenterebbero un fattore importante.

Sembra dimostrato che le gravidanze favoriscono il manifestarsi della tubercolosi, ma è tutt'altro che dimostrato che esse costituiscano un fattore predisponente per tale manifestazione.

Fra gli antecedenti dei tubercolosi polmonari, gli AA. hanno rilevato il 4,5 % di pleuriti tubercolari acute con versamento ed il 3,5 % di tubercolosi extrapolmonari precedenti l'evoluzione della forma polmonare.

Negli antecedenti degli altri malati non tubercolosi, si è trovato il 2,5 % di pleuriti sierofibrinose ed il 5,5 % di tubercolosi extrapolmonari. *fii.*

Le emottisi tubercolari.

(A. GIRAUD. *Bulletin Médical*, 6 febbraio 1932).

L'A. fa rilevare anzitutto la rarità delle emottisi tubercolari in rapporto alla frequenza della tubercolosi polmonare e ricorda infatti come, secondo Jaquerod, il 50 % di tubercolosi polmonari non presenterebbe emottisi. Questa relativa rarità si spiegherebbe con quell'arterite obliterante che il nodulo tubercolare si forma intorno a sè per cui il focolaio caseoso assicurerebbe, prima di ulcerarsi, l'emostasi dei vasi vicini.

L'A. distingue poi tre forme cliniche di emottisi:

1) le emottisi dei fibrosi;

2) le emottisi che accompagnano o precedono le *poussées* evolutive nella tubercolosi fibrocaseosa banale;

3) le emottisi cavitarie.

Pur riconoscendo lo schematismo di tale distinzione, specie per quanto si riferisce alle prime due forme, ne giudica utile la esposizione, per la necessità che ha il medico pratico di risolvere il problema, se un'emottisi sia o no il sintoma concomitante o premunitore di una ripresa evolutiva della malattia.

L'emottisi dei fibrosi è il prototipo della emottisi non sintomatica di una ripresa evolutiva: sembra provenire dalle neoformazioni vascolari spesso importanti ed ectasiche che circondano le cicatrici tubercolari. È un'emottisi abitualmente benigna, poco abbondante, ma spesso a ripetizione, senza prodromi, senza corteo sintomatico e sopra tutto senza febbre, senza estensione delle lesioni e con ritorno rapido all'equilibrio anteriore. Non è escluso però che anche una di queste emottisi non possa essere il punto di partenza di una disseminazione per via endobronchiale.

L'emottisi evolutive si accompagnano invece al corteo sintomatico più o meno completo che denota la ripresa dell'evoluzione tubercolare: di questa il segno più netto è la febbre che non si accompagna mai alle emottisi benigne. Queste emorragie, che raramente sono abbondanti, possono provenire o da una lesione pneumonica emorragipara o dall'eliminazione di un nodulo caseoso contenente una arteriola non ancora obliterata.

A proposito di questo gruppo l'A. descrive due forme cliniche in cui l'emottisi per le condizioni in cui si produce viene ad avere un significato particolare. Una è la così detta « tisi galoppante emoftoica » individualizzata da Peter. Si tratta di soggetti portatori di antiche lesioni tubercolari fibrose in cui appaiono bruscamente delle emottisi, da prima benigne, ma che ben presto si accompagnano a febbre, a cospicuo deperimento e sovra tutto ad una rapida estensione delle lesioni polmonari, sì che d'ordinario la morte sopravviene in due o tre mesi. In tali casi si tratta molto probabilmente di un'emottisi riccamente bacillifera che dissemina completamente il polmone. A lato di questa forma ad inizio benigno e ad evoluzione ulteriore gravissima l'A. ricorda per contrasto un'altra forma descritta dal Bard col nome di « forma congestiva recidivante ». Si tratta in questo caso di malati colpiti da lesioni fibro-caseose od ulcero-fibrose in cui, mentre all'inizio l'emottisi si accompagna ai segni clinici di una ripresa evolutiva, dopo breve tempo, talora dopo qualche giorno, tutto ritorna allo stato quo ante, tanto che anche l'indagine radiologica non mostra modificazioni apprezzabili di sorta. Dette emottisi si possono ripresentare molto frequentemente, onde il nome della forma. Ma non bisogna fidarsi del loro andamento benigno e per metterci al riparo di una forma evolutiva, che potrà sopravvenire da un

momento all'altro, sarà prudente di ricorrere ad una terapia preventiva come quella del collasso.

L'emottisi cavitaria può presentarsi o come emorragia fulminante per rottura di un aneurisma di Rasmussen, o come emorragia a nappo dalle pareti della caverna. Anche se non grave per la sua abbondanza, l'emottisi dei cavitari comporta abitualmente una prognosi severa, già che rappresenta abitualmente il segno precursore di una disseminazione o di una broncopolmonite acuta terminale.

L'A. viene poi a trattare della patogenesi delle emottisi ed enumera una serie di fattori che esercitano indubbiamente un'influenza sulla loro produzione. Fra questi: il vento, sopratutto il vento caldo del sud; l'esposizione diretta e prolungata al sole; in certi casi il soggiorno al mare; lo sforzo fisico brusco; alcuni medicamenti (lo ioduro di potassio, il creosoto, l'arsenico, ecc.); la sovralimentazione ed alcuni eccessi alimentari (alcool); i periodi mestruali; la tensione arteriosa che però non ha secondo l'A. l'importanza per lungo tempo attribuitale; le influenze metereologiche; ed infine certi temperamenti neuroartritici a suscettibilità vasomotoria nettamente marcata.

Riguardo alla diagnosi, nei casi dubbi, ogni emottisi dovendo essere considerata come di origine tubercolare innanzi tutto, l'A. insiste sulla necessità dell'esame radiografico. Solo quando questo non sarà assolutamente dimostrativo si potranno ricercare altre possibili origini dell'emottisi (digestiva, rinofaringea, buccale, laringea). Quando la lesione causale è localizzata al polmone si dovranno scartare altre emottisi non tubercolari dipendenti: sia da un'affezione polmonare acuta (cancrena, ascessi, pleurite interlobare, spirochetosi ittero emorragica, amebiasi broncopolmonare, affezioni queste ultime che si diagnosticheranno per la presenza nell'espettorato rispettivamente di spirochete e di amebe); sia da un'affezione polmonare cronica (cisti idatidea, bronchiettasie, cancro); sia da un'affezione cardiovascolare (stenosi mitralica, ectasia aortica, embolia da flebite ignorata).

Infine l'A. chiude il suo lavoro criticando la tendenza di alcuni autori a mettere in evidenza tutta una serie di emottisi non tubercolari, tendenza che svia il medico pratico dalla giusta diagnosi rendendolo proclive all'ottimismo là dove invece il giudizio diagnostico e prognostico deve essere molto ben pesato. Conclude dicendo che ogni emottisi incerta deve essere presunta tubercolare e tale presunzione non deve cessare che quando si possa identificare l'affezione indiscutibilmente non tubercolare che ha provocato l'emorragia.

RUBEGNI.

La disinserzione sottopleurica delle aderenze nel pneumotorace artificiale.

(D. DONADY et A. MEYER. *Paris Médical*, 2 gennaio 1932).

Già lo stesso Jacobaeus aveva indicato i rischi che si possono incontrare nella resezione di aderenze spesso contenenti tessuto polmonare eseguita col galvanocauterio. Dopo di lui la tecnica si è arricchita di nuove modificazioni e precisamente il metodo del Matson che utilizza la corrente diatermica nei suoi due effetti, la sezione e la coagulazione e quella del Maurer il quale ottiene la coagulazione dei tessuti coll'alta frequenza e dopo li taglia col galvanocauterio. E quando si tratta di aderenze larghe o di aderenze che contengono tessuto polmonare egli fa una vera disinserzione sottopleurica invece della sezione intrapleurica che sarebbe pericolosa.

Il Maurer avendo studiato colla sua allieva Franz l'aspetto e la struttura istologica delle aderenze è arrivato a classificarle in 4 tipi.

Il primo comprende le briglie filiformi e sottili anche nei punti d'impianto polmonare e parietale, facilissime a sezionarsi, ma elastiche e poco dannose e che per lo più si potrebbero lasciare.

Il secondo comprende le aderenze di cui è slargata solo l'inserzione toracica anch'esse facili a essere eliminate.

Quelle del tipo terzo hanno solo la base d'impianto polmonare larga e il tessuto polmonare le percorre anche fino al torace.

Quelle del quarto infine hanno larghe ambo le inserzioni polmonare e parietale.

Le aderenze tipo 3° e 4° sono evidentemente le più difficili a trattarsi ed è necessario secondo Maurer praticare la disinserzione in una zona assolutamente libera di tessuto polmonare e tagliare i tessuti senza produrre emorragie. Questo A. si serve di un cauterio combinato consistente in un'ansa di platino montata sopra uno stelo capace di condurre a volontà sia una corrente galvanica che la porterà al rosso scuro, sia una corrente coagulante ad alta frequenza. I comandi sono a pedale.

Alcuni, invero, si servono della diatermia per recidere e coagulare al medesimo tempo. Maurer preferisce la resezione galvanica previa coagulazione. Secondo lui le correnti di sezione di amperaggio superiore a quello da lui impiegato possono provocare pericolose coagulazioni a distanza.

Egli lavora a 0,1-0,2 ampére ed essendo informato ogni momento della cifra segnata dall'amperometro e che si abbassa mano a mano che un tessuto viene coagulato, pratica una zona di coagulazione larga circa 2 millimetri attraverso la quale praticherà poi la sezione.

L'anestesia viene praticata con novocaina raggiungendo il nervo intercostale con lungo ago per via endopleurica sotto controllo pleuroscopico.

L'operazione deve essere fatta qualche volta in due tempi.

Per esempio, quando una aderenza larga non offre a livello dell'inserzione parietale lo spazio sufficiente per introdurre il cauterio tra tessuto polmonare e parete costomuscolare l'A. coagula il tessuto intorno all'impianto dell'aderenza e in secondo tempo rifacendo la pleuroscopia si può notare spesso che l'aderenza si è fatta più agredibile o che addirittura si è liberata.

Con questi metodi di cauterizzazione di tessuti preventivamente coagulati, cauterizzazione spesso sovrapleurica, a contatto colle costole, si possono liberare i pazienti da aderenze larghe, tenaci, traversate da tessuto polmonare senza rischi di emorragie o di altri incidenti. M. LUSENA.

PROBLEMI PATOGENETICI.

La patogenesi dell'herpes zoster.

(P. F. ARULLANI. *L'Ospedale Maggiore*, novembre 1931).

Varie sono le cause, endogene ed esogene, tossiche, infettive, reumatiche, da compressione o diffusione di fatti morbosi limitrofi, che si ritiene diano origine a questa caratteristica malattia: ma la patogenesi di essa non è totalmente chiarita ed esistono ancora delle lacune.

Sono stati notati casi di *zoster* senza alcuna apparente ragione causale, mentre in altri si notano lesioni solo periferiche dei nervi, o lesioni dei gangli intervertebrali corrispondenti al territorio cutaneo colpito o anche lesioni midollari e cerebrali a focolaio. Campbell e Head dichiararono l'affezione dovuta ad una unica causa, cioè ad una infezione specifica, avendo riscontrato la linfocitosi spinale e la presenza di microrganismi nel liquido cerebro-spinale oltre ad alcuni dei caratteri (febbre, tumefazioni ghiandolari) propri dell'infezione. Ma quale è la sede iniziale della malattia?

Fu emessa una teoria vascolare secondo la quale la causa determinante sarebbe una distruzione dei vasi periferici in un dato distretto della cute. Ma sotto quale influenza si determina il fatto vascolare locale? Come spiegare i fatti clinici ed anatomo-patologici che si trovano talvolta a distanza? Tra tutte queste incertezze su un solo elemento risultano concordi le opinioni dei clinici e degli anatomopatologi: la compromissione del sistema nervoso, intendendo con ciò sia il sistema nervoso cerebro-spinale che il simpatico. I mezzi clinici di indagine di cui disponiamo oggi ci permettono di esaminare a fondo sia l'uno che l'altro sistema: ed è questo che ha fatto l'A. in tutti i casi di herpes zoster capitati sotto la sua osservazione nello spazio di 12 anni, (200 casi, di cui riporta solo 18 a scopo dimostrativo). Dall'insieme delle sue accurate osservazioni egli conclude che l'*herpes zoster* è una entità morbosa legata a cause esterne ed interne varie e di varia natura, le quali, in soggetti con ereditaria od acquisita anomala costituzione morfologica (predisposizione individuale) del sistema nervoso irritano alcuni dati distretti nervosi cutanei: l'irritazione, dalle vie sensitive cutanee è trasmessa ai corrispondenti gangli sensitivi centrali e centri vaso-motori simpatici (corticali, bulbari e spinali) per cui, cessando l'armonia di funzione vasomotoria e quindi trofica della cute da essi diretta, succedono fenomeni di stasi capillare cutanea, più o meno pronunciati, paralisi anche delle piccole arterie d'onde eritema e vescicole e croste nel distretto cutaneo. In casi più gravi, forse in soggetti a sistema nervoso meno resistente, le alterazioni si accentuano dando pustole, emorragie, cancrene più o meno estese e tenaci con nevralgie più o meno intense, ingorgo delle ghiandole linfatiche, febbre più o meno alta: tali fatti fanno supporre che le alterazioni flogistiche non siano rimaste limitate al distretto periferico, ma si siano anche estese ai gangli centrali corrispondenti. Viceversa, se malattie del sistema nervoso colpiscono direttamente i limitrofi gangli sensitivi e i centri simpatici si produce nel corrispondente distretto periferico cutaneo l'alterazione caratteristica dell'*herpes zoster*.

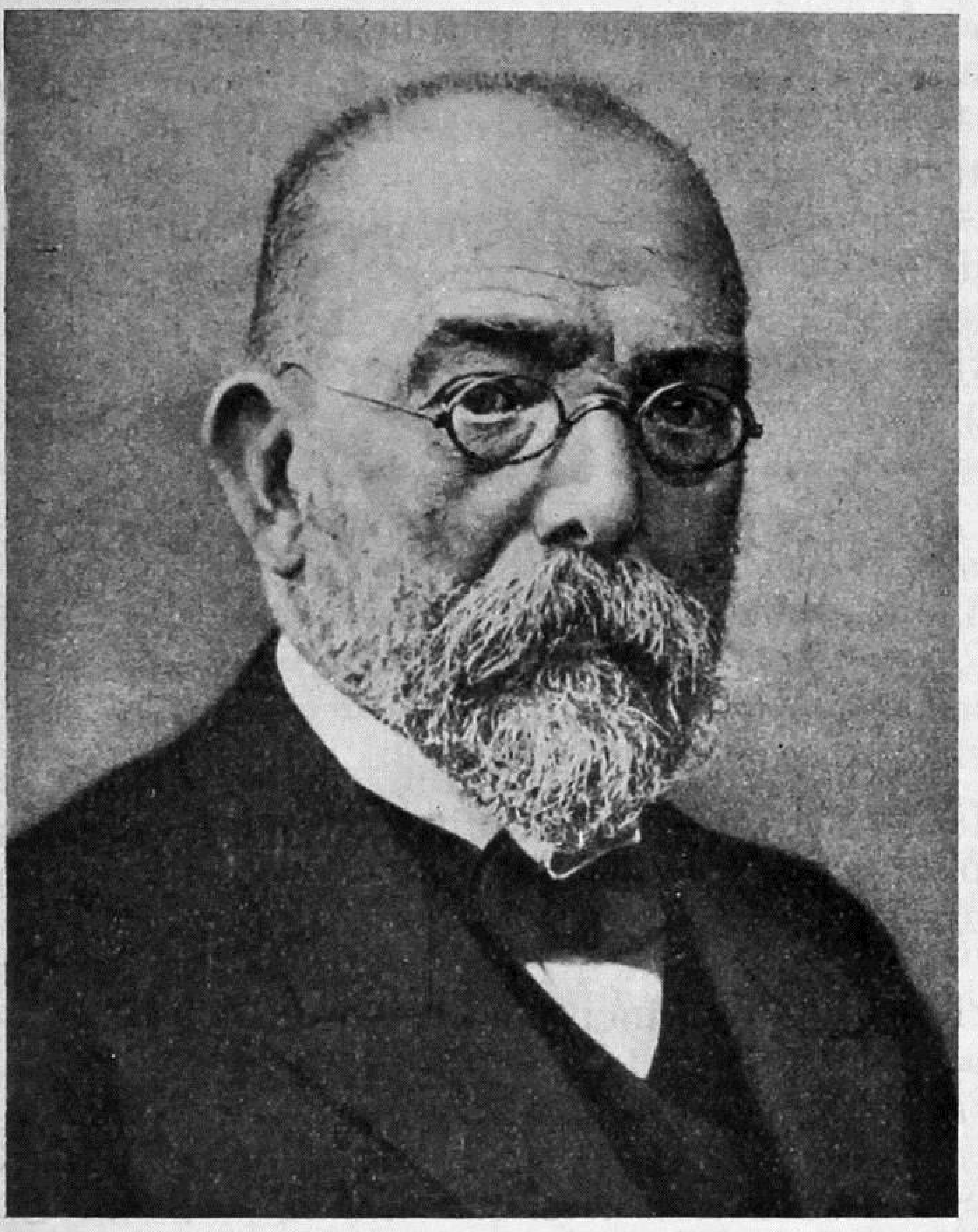
G. LA CAVA.

STORIA DELLA MEDICINA

Il cinquantenario della scoperta del bacillo tubercolare.

Il 24 marzo 1882 segna una data memorabile nella storia della medicina: la comunicazione di Roberto Koch, alla Società Fisiologica di Berlino, della scoperta del bacillo tubercolare.

Per ben comprendere la grande importanza della scoperta (che non è un reperto occasio-



nale di laboratorio, ma il frutto di ricerche metodiche e pazienti), oggi che la dottrina della tubercolosi si è consolidata attorno al bacillo e che ogni principiante è capace di eseguire la dimostrazione microscopica di questo, bisogna rifarsi a quel tempo, in cui regnavano in tale campo le idee più disparate e le forme, che attualmente in omaggio alla unicità della causa riuniamo in un unico capitolo, erano ascritte a tipi diversi di malattia.

La natura infettiva della tubercolosi, già intraveduta da G. Fracastoro nel 1540, era stata dimostrata sperimentalmente da Villemin nel 1865 e confermata da ricerche istopatologiche da A. Verga, S. Biffi e G. Bizzozero.

Nel 1881 — durante il periodo glorioso della batteriologia, in cui si scopersero i germi delle principali malattie infettive — R. Koch, che già aveva studiato in precedenza il carbonchio, si accinse alla ricerca dell'agente patogeno della tubercolosi. Ma i primi tentativi di colorazione, fatti con la soluzione idroalcoolica di blu di metilene, gli diedero risultati negativi e se ne comprende la ragione: il bacillo tubercolare, di fatto, rivestito come è da sostanze ceree, non si colora con i metodi comuni. R. Koch ebbe l'idea di associare al colorante un mordente — la potassa — e potè colorare allora il bacillo, che gli apparve più chiaramente aggiungendovi la colorazione di contrasto con la vesuvina. Il principio del metodo, con le modificazioni introdotte da Ziehl Neelsen, è ancor oggi quello classico.

Ma la dimostrazione microscopica del bacillo, che egli fece anche nelle sezioni di tessuti, di cui vi sono nitide figure nella sua « Aetiologie der Tuberkolose » non era che un passo sulla via faticosa; altri ricercatori avevano descritto in precedenza dei « microfiti » della tubercolosi. Occorreva ottenere anzitutto la riproduzione in colture. Ed ecco sorgere un'altra difficoltà: la gelatina, il mezzo di coltura introdotto dallo stesso Koch, insemenzata con i materiali tubercolari, rimaneva sterile. Egli ricorse allora al siero di sangue; ma anche qui altre difficoltà, perchè invece dei 2-3 giorni che impiegavano le colonie degli altri germi per mostrarsi in gelatina, dovevano passare 1-2 settimane prima di veder comparire delle colonie piccolissime, che però si mostrarono formate da bacilli con le stesse qualità morfologiche e tintoriali e che, inoculati nella cavia, riproducevano il quadro della tubercolosi classica.

La prova era finalmente raggiunta e R. Koch potè presentarsi alla Società Fisiologica con una ricca documentazione, avendo dimostrato la presenza dei bacilli, che giustamente portano il suo nome, nelle più svariate forme di tubercolosi dell'uomo e degli animali (spontanea e per inoculazione).

Era forse da prevedersi una battaglia, davanti ad affermazioni che contrastavano con molte delle opinioni allora vigenti; ma non una voce, nemmeno quella di Virchow, si alzò per contraddire lo scienziato che si era presentato così agguerrito. E l'unanime consenso si ebbe anche nel mondo scientifico, dopo che la *Berliner Klinische Wochenschrift* nel numero del 10 aprile pubblicò il lavoro di Koch sull'eziologia della tubercolosi. Anche le riviste mediche italiane (*Il Morgagni*, *L'Osservatore medico*) ne diedero subito notizia; nel *Giornale della Reale Società italiana di igiene*, G. Bizzozero rilevava che i reperti di precedenti ricercatori erano stati accolti con scetticismo, mentre le osservazioni di Koch, e per la fiducia che suscitava lo sperimentatore e per le cautele di cui questi si era circondato, davano pieno affidamento che l'agente patogeno della tubercolosi fosse realmente quello descritto.

La scoperta di Koch così impostasi al mondo scientifico fu feconda di applicazioni pratiche, di nuovi indirizzi scientifici e di ulteriori numerose ricerche e rimane ancor oggi il perno della dottrina dell'infezione tubercolare, an-

che se i recenti studii sul virus filtrabile tendono a dimostrare l'esistenza di altre forme dell'agente patogeno.

Trovato così il bacillo, non soltanto veniva consolidata la natura infettiva della malattia, ma ne veniva elucidata la trasmissione. Lo stesso Koch fece delle esperienze in proposito, disseccando degli sputi tubercolari e facendone inalare la polvere a delle cavie, dimostrando in tal modo come può trasmettersi l'infezione. Egli attribuiva, sul principio, la resistenza verso il disseccamento alla produzione di spore, interpretando anche come tali le formazioni granulari che si riscontrano talora negli sputi, nei tessuti e nelle colture di tubercolosi e che il nostro Maffucci dimostrò essere uno stadio del bacillo stesso; il bacillo di Koch, di fatto, è realmente molto resistente al disseccamento, ma non è sporigeno.

Dalla dimostrazione della presenza del bacillo di Koch nei prodotti tubercolari, ne venne di conseguenza che si pensasse a rendere innocui tali prodotti (disinfezione) e ad impedire che i malati andassero spargendo i bacilli (isolamento); donde un nuovo indirizzo per la profilassi, specialmente per la difesa sociale. Forse, d'accordo con le tendenze del tempo, si è sul principio alquanto esagerato in questo senso, non avendo di mira che un solo lato del problema: il bacillo. Poco per volta, però, si è venuti a riconoscere anche la grande importanza del terreno, delle condizioni ambientali, ecc., per cui la profilassi sociale, pur non trascurando la nozione del bacillo, ha diretto i suoi sforzi anche per questa via. L'igiene sociale, la politica delle abitazioni, hanno preso un grande sviluppo specialmente in vista della tubercolosi, di cui la scoperta del bacillo aveva dimostrato la pericolosa possibilità di trasmissione.

Proseguendo nello studio del bacillo, lo stesso Koch riconobbe l'esistenza di veleni tubercolari e preparò quella tubercolina che, se non ha corrisposto alle speranze che si ebbero al suo sorgere, ha tuttora un posto importante in terapia e soprattutto è di somma utilità per la diagnosi dell'allergia tubercolare.

Molte questioni sono state delucidate, molti problemi nuovi si sono affacciati con la scoperta del bacillo, nella anatomia patologica, nella patologia, particolarmente nella teoria immunitaria e, se un giorno la vaccinazione potrà essere applicata su larga scala, completando le nostre difese sociali in questo campo, si deve riconoscere che il punto di partenza di essa è stata la scoperta del bacillo.

La scoperta di Koch, ben lungi dall'avere un puro significato scientifico, ha quindi una portata che, col passare del tempo, con l'allargarsi degli studi, si fa sempre più vasta; e la figura di Koch, anche solo per questo, appare gigantesca, specialmente per il modo com'egli vi è arrivato e l'ha condotta a termine. Qualcuno insinua che sono mancati a Koch i lampi di genio di altri scienziati; lo stesso procedimento delle colture a piatto in gelatina gli sarebbe stato suggerito da un'osservazione della moglie, che aveva veduto formarsi sui cibi esposti all'aria delle macchie (colonie microbiche). Ma è proprio questo un segno di genialità: sapere, da una osservazione banale, penetrare nell'intima essenza del fenomeno e trovare le applicazioni più feconde.

Il cammino della scienza è irto e faticoso e non adatto per i frettolosi improvvisatori; esige che si proceda passo passo, con metodo e con pazienza, con scrupolosa coscienza e con tecnica precisa.

Con queste doti fondamentali illuminate dalla sua genialità, lavorava Roberto Koch a cui, in questi giorni, tutto il mondo scientifico rende un giusto e doveroso omaggio.

A. FILIPPINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

A. B. MARFAN. *Clinique des maladies de la première enfance.* Iª serie, 2ª ediz. Masson, 1931. Fr. 75.

La diffusione dell'ottimo trattato del Marfan giustifica come in breve tempo sia stata pubblicata una seconda edizione, limitata per ora al 1° volume.

Qualsiasi medico che desideri farsi un'idea chiara delle principali affezioni che colpiscono il bambino nel periodo della prima infanzia, non potrà fare a meno di quest'opera che condensa nelle sue pagine un'infinità di conoscenze cliniche e terapeutiche, ampiamente discusse e controllate dalla larga esperienza che l'Autore ha in materia.

Per rendersi conto del minuzioso aggiornamento di tutte le questioni, è sufficiente leggere i mirabili capitoli sulla tubercolosi, i quali sono stati completamente riveduti ed arricchiti di tutte le numerose acquisizioni, che di giorno in giorno va facendo la scienza medica, modificando i nostri concetti clinici ed immunitari.

M. FABERI.

CH. ROCAZ. *L'acrodynie infantile.* G. Doin, Paris, 1932. Fr. 25.

L'argomento dell'acrodinia infantile è di grande attualità, poichè, da qualche tempo, vanno accumulandosi le osservazioni di questa singolare forma morbosa.

L'A. ha quindi compiuto un lavoro indiscutibilmente utile, riunendo in una sobria monografia tutto ciò che sino ad oggi è stato pubblicato, in proposito, arricchendolo anche

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

della casistica personale, e fissando, in ben riuscite illustrazioni, i tratti più caratteristici della sindrome.

La parte più interessante, cioè la patogenesi, che offre ancora punti oscuri allo studioso, è svolta con chiarezza di ipotesi e di fatti, pei quali tale sindrome sembra poter rientrare nel gruppo delle nevrassiti.

È consigliabile ad ogni medico, che desideri seguire i progressi della medicina, la lettura di questo volumetto, che fa parte della collana della « pratica medica illustrata ».

M. FABERI.

Contributi del Laboratorio di Psicologia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore. Serie Quinta. Un vol. in-8° di 572 pag. con fig. Soc. editrice « Vita e Pensiero », Milano 1931. Prezzo L. 50.

Sono riuniti in questo volume, che è il quinto della serie, una ventina di studî compiuti nel Laboratorio di Psicologia dal Direttore del laboratorio stesso, il Prof. A. GEMELLI, e dai suoi collaboratori.

Nella prima parte, di psicologia sperimentale, troviamo alcuni lavori di A. GALLI, sulle diverse modalità della percezione (p. della forma nella visione periferica, p. delle variazioni di chiarore ed illuminazione, ecc.); un altro dello stesso, sull'analisi psicologica dell'atto di fede di S. Agostino. Il GEMELLI ci dà, in questa parte, un lavoro sulle emozioni e sentimenti ed un altro sulla caratterologia (natura e genesi del carattere) la nuova scienza che in pochi anni ha assunto sì ampio sviluppo, a proposito della quale, egli dimostra la grande importanza della dottrina di Freud, che mette alla base dell'indagine psicologica lo studio delle azioni umane nella loro genesi e nei loro moventi.

Nella parte di psicologia applicata, vi sono due studî di A. GALLI, uno dei quali in collaborazione con L. NECCHI, sui fanciulli instabili e sul giudizio morale dei fanciulli normali ed anormali.

Le nove memorie dedicate dal GEMELLI alla psicotecnica (una in collaborazione con A. GALLI) sono tutte improntate ad un sano equilibrio e piene di acute osservazioni; ricordiamo, fra l'altro, quella di grande portata pratica sul diverso ritmo conveniente ai diversi individui. Vi sono, in questa parte, studî sull'abilità motrice, sull'abilità manuale, sulla adattabilità dell'attività umana a quella della macchina, sulla psicologia sperimentale nello studio degli esercizi fisici e sulla selezione dei piloti di aviazione, in cui il GEMELLI è stato un gran pioniere.

Con un lavoro del GEMELLI, in collaborazione con G. PASTORI, sulla rieducabilità di animali scerebrati, si conchiude questo bel volume del più alto interesse scientifico e pratico. *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Congresso Sanitario degli Spedali Civili di Genova.

Seduta del 17 febbraio 1932.

Presidenza del prof. DA GRADI.

Nella grande aula della biblioteca dell'Ospedale di S. Martino, presenti il Gr. Uff. F. S. Mosso, Commissario straordinario governativo degli Spedali Civili di Genova, il direttore prof. BADANO ed il corpo sanitario al completo si è svolto per la prima volta il Congresso sanitario.

Prof. GERVINO e dott. VACCARI. — *La moderna terapia delle ulcere gastroduodenali.*

La resezione dei muscoli scaleni nella tubercolosi polmonare ed illustrazione di uno strumento di tecnica.

Prof. DURANTE. — L'O. illustra la tecnica operativa ed uno strumento rivolto a facilitare la sicura e rapida sezione dei muscoli scaleni disgiunta od associata alla sezione del nervo frenico e del lungo toracico; ricorda inoltre i recentissimi lavori comparsi nelle varie bibliografie e tendenti ad indirizzare la chirurgia delle lesioni polmonari verso la soppressione delle leve inspiratorie rappresentate dagli scaleni.

Prof. VIGNOLO. — *Osteocondrite bilaterale dell'anca con corpo mobile articolare del ginocchio.*

Singhiozzo epidemico.

Prof. TREVISANELLO. — L'O. avendo osservato un singhiozzo molesto in quattro individui che non coabitavano assieme senza una contemporanea sintomatologia influenzale od encefalitica dubita fortemente della esistenza di una vera malattia e del così detto singhiozzo epidemico nel senso attribuito dagli autori moderni e considera tale fenomeno morboso semplicemente come un sintomo.

Seduta del 16 marzo 1932.

Presidente: Prof. DA GRADI.

Casistica di radiologia gastroduodenale controllata col reperto operatorio.

VALLEBONA. — L'O. nella illustrazione dei casi distingue diverse eventualità. La prima è la concordanza perfetta tra reperto chirurgico e reperto radiologico; la seconda riguarda la discordanza completa dei due reperti; la terza riguarda la concordanza dei due reperti per la presenza della lesione ma non per la sede; la quarta eventualità infine è quella della concordanza dei due reperti per la presenza di una lesione e del disaccordo sulla qualità e sulla natura della lesione stessa. L'O. sostiene l'importanza della stretta collaborazione tra chirurgo e radiologo.

Note di terapia della meningite cerebrospinale.

CARTAGENOVA. — L'O. riferisce su 28 casi di meningite meningococcica curati con il siero specifico e con il siero da vescicatorio dello stesso ammalato. Specialmente nelle forme cronicizzanti si ebbero risultati molto soddisfacenti sia per la durata minore che per i postumi morbosi.

Il reperto dell'esame clinico e radiologico nelle lesioni apicali del polmone.

RAVANO. — Nelle lesioni dell'apice polmonare si constatano con una certa frequenza discordanze tra

reperto clinico e reperto radiologico. Questo può risultare negativo pur rilevandosi all'esame clinico i sintomi di una lesione apicale. È bene perciò tener presente che il reperto radiologico non sempre ci può illuminare per la diagnosi, per la quale è necessario un diligente esame clinico.

Considerazioni sopra alcuni casi di avvelenamento da CO.

MANGINI. — L'O. riferisce di tre casi facendo alcune considerazioni sulla sintomatologia e sulla diversità delle lesioni anatomiche e funzionali riscontrate.

La sieroterapia anticolibacillare nelle gastroenteriti acute dei lattanti.

GARIBBO. — L'O. avendo avuto brillanti risultati raccomanda tale terapia, assolutamente innocua.

Sui reperti radiologici negativi dell'apparato respiratorio.

BALESTRA. — L'O. spiega tale negatività di fronte alla positività dei reperti clinici con considerazioni di tecnica radiologica, di anatomia patologica e clinica. *Il Segretario*: Prof. GELERA.

Accademia delle Scienze Mediche e Naturali di Ferrara.

Seduta dell'11 febbraio 1932.

Presidenza: R. TAMBRONI.

La contusione parieto-peritoneale riportata negli sforzi e l'aumento della pressione endo-addominale in rapporto all'ernia infortunio.

Prof. E. CASATI. — L'O., con un manometro speciale a mercurio, fatto costruire appositamente, ha misurato gli aumenti della pressione endoaddominale negli sforzi minimi, massimi ed improvvisi, dimostrando che l'aumento massimo raggiunge appena un ventiduesimo di un'atmosfera. D'altra parte, il peritoneo non perde la sua elasticità neppure per aumenti di pressione di un'atmosfera e un terzo. Quindi non può mai formarsi un infundibolo stabile per gli aumenti della pressione endo-addominale. Perciò quando, in seguito ad uno sforzo, si dice che si è formata un'ernia, non vi è infortunio se non nel caso di strozzamento, o di contusione degli organi cavitari. Quando invece l'ernia non si forma, e si ha contusione degli organi cavitari, dimostrabile coi raggi X (causando lesioni che possono essere anche permanenti), l'infortunio esiste e deve essere liquidato o come temporaneo o come permanente. È quindi il capovolgimento completo di quello che fino ad ora si sosteneva. Necessita perciò di esaminare coi raggi X tutte le ernie, denunciate susseguenti ad uno sforzo, anche se non si riscontra l'esistenza di un'ernia.

Sull'encefalite consecutiva alla vaccinazione antivaiolosa.

Dott. N. NENCI. — Conclude che la grande rarità dei casi (pure dolorosi e deplorevoli) non giustificherebbe però alcun mutamento delle disposizioni di legge circa la vaccinazione antivaiolosa.

Discussione: CASATI, MINERBI, MALAGODI, TAMBRONI, U. RAVENNA, F. RAVENNA.

Sul trattamento delle metrorragie atoniche post-partum.

Prof. C. MERLETTI. — Le emorragie atoniche *post-partum* sono nella grande maggioranza dei casi frenabili coi comuni mezzi di emostasi (massaggio, eccitanti termici, compressione digitale dell'aorta, preparati ergotinici ed ipofisari): rimane, però, una piccola percentuale, nella quale questi mezzi sono insufficienti. Vengono allora in discussione: la introduzione della mano nell'utero, il braccio alla Mamburg e lo zaffo alla Dührssen. L'O., sulla base della sua esperienza personale, esamina il valore di questi tre sussidi e sopratutto dello zaffo uterino, sul quale le opinioni appaiono molto discordi. Dopo averne discussi i vantaggi ed i pericoli, conclude che lo zaffo alla Dührssen ha diritto di cittadinanza in ostetricia, sopratutto nelle Cliniche, quando si osservino norme tecniche e limitazioni determinate; ritiene che in pratica privata esso sia di difficile impiego e pericoloso.

Descrive un tamponatore metallico, da lui ideato, raccomandabile sopratutto nella pratica privata a domicilio, che riesce efficace, non pericoloso e di facile applicazione.

Discussione: CASATI e F. RAVENNA.

Considerazioni e ricerche sulle emorragie ginecologiche.

Prof. VIGNALI. — Patogenesi, diagnosi e terapia delle emorragie ginecologiche. Il lavoro è una monografia, di circa 600 pagine, divisa in tre parti principali, di cui la prima verte sul criterio classificativo etiopatogenetico delle principali forme emorragiche genitali, e comprende, da un lato, le emorragie di origine extragenitale (emorragie cosidette mediche), dall'altro le emorragie più squisitamente ginecologiche, che trovano la causa che le sostiene in lesioni partite e localizzatesi secondariamente sui vari segmenti dello apparato generatore; *la seconda* riassume le proprietà farmacologiche, farmacodinamiche, biologiche e terapeutiche dei principali e più conosciuti mezzi emostatici (mezzi chimici, fisici, opoterapici, chirurgici, meccanici, elettrici e radioattivi); *la terza*, infine, tratta le indicazioni e le controindicazioni all'impiego dei sopradetti rimedi emostatici, in rapporto alla etiogenesi ed alla sintomatologia clinica delle diverse forme morbose, discusse nella parte riguardante la classificazione.

Particolare trattazione rivestono i capitoli delle metrorragie della pubertà e della menopausa, ai quali l'O. ha portato un contributo di ricerche cliniche, ematologiche e istologiche.

Discussione: MARLETTI e F. RAVENNA.

Difterite, siero e anafilassi.

Prof. C. MINERBI. — L'O. deplora le esitazioni dei medici, oggi presi dal panico al cospetto dello spettro dell'anafilassi e della malattia da siero, a servirsi precocemente del siero nei casi clinicamente dubbi di difterite. Egli afferma che i pericoli delle iniezioni di siero non sono certo più gravi di quelle inerenti alle iniezioni di vaccini, al pneumotorace artificiale, alla puntura lombare: interventi che oggi ciascun medico intraprende a cuor leggero. L'O. dichiara che l'uso frequentissimo e larghissimo, fatto da lui negli ultimi vent'anni su qualche migliaio di soggetti di tutte le età, specialmente su gli adulti, nei quali le reazioni da siero sogliono essere più gravi e più frequenti: con risultati mirabilmente felici per le più diverse affezioni morbose (tifo, polmonite acuta, dissenteria batterica, artro-reumatismo cardiaco, meningite cerebro-spinale, ecc.), può aver portato (del resto in non più del 30 % dei casi) alcuni inconvenienti: sia pure talvolta tumul-

tuosi e penosi, giammai però vero e proprio pericolo: ad ogni modo *in nessun caso* fu cagione di male. Gli esiti infausti della malattia da siero, che oggi qua e là vengono denunciati, sono effetti del trattamento anti-allergico, che il medico ha creduto necessario intraprendere per combattere la febbre e gli esantemi acuti. Questi fenomeni solo in apparenza « morbosi » sono mezzi di difesa spontanei di valore inestimabile; mediante essi non solo gli elementi benefici ma eterogenei, penetrati negli umori; ma anche le tossine batteriche, vengono attenuati e poi espulsi per via cutanea. All'opposto, se questa via è preclusa, essi si avviano ad essere eliminati per la via dei visceri e specialmente dei reni, con risultati definitivi disastrosi. Le pretese « nevriti, artriti e nefriti da siero » sono in realtà successioni della malattia infettiva, per combattere la quale il siero era stato iniettato; e che il siero, o introdotto in quantità insufficiente, o meditamente intralciato nella sua azione guaritrice, fu reso incapace di prevenire. La « malattia da siero » è una reazione provvida e preziosa dell'organismo.

Discussione: Casati e U. Ravenna.

Dott. D. Miani. — *Contributo alla conoscenza del Sodoku.*

Discussione: Casati, F. Ravenna.

Società Sassarese di Scienze Mediche e Naturali.

Seduta del 4 marzo 1932.

Presidente: C. Vercesi.

C. Iucci. — *Caratteri antropometrici della popolazione Sassarese. (L'uomo medio e la donna media Sassaresi dedotti dall'indagine sulle famiglie numerose).*

La sordità dei cacciatori.

G. Dore. — Esiste una forma particolare di ipoacusia finora non descritta, molto frequente in coloro che hanno esercitato per lunghi anni l'arte venatoria con armi lunghe da fuoco.

Essa è caratterizzata da una diminuzione unilaterale dell'udito (per lo più a carico dell'orecchio sinistro; solo in mancini del destro), più o meno notevole e che interessa in genere la scala tonale dal do^3 al do^5.

Tale forma è legata sia allo stimolo sonoro prodotto dalla detonazione, sia dall'improvviso spostamento d'aria provocato dallo scoppio della cartuccia e si capisce facilmente perchè, in posizione di sparo, sia solo un orecchio a risentirne maggiormente gli effetti dannosi.

V. Manca Pastorino. — *Pemfigo volgare o dermatite bollosa streptococcica?*

Seduta del 10 marzo 1932.

Presidente: C. Vercesi.

Sulla terapia di alcuni reumatismi cronici.

G. Sabatini. — L'O. ricorda innanzi tutto la posizione dottrinale moderna dei reumatismi cronici e la imprecisione ancora dominante in rapporto alla etiologia ed alla nosografia dei medesimi, donde deriva la imprecisione, la moltiformità e la variabilità delle forme di terapia.

Riferisce quindi dei successi curativi decisi e stabili che ha ottenuto in alcuni casi di reumatismo cronico mediante la somministrazione, finora da nessuno segnalata (almeno per quanto è a conoscenza dell'O. di prodotti a base di ergosterina irradiata.

Questa terapia si è dimostrata particolarmente efficace contro le manifestazioni dolorose o con disturbi funzionali notevolmente accentuati.

I preparati adoperati sono stati vari.

Le aortiti e periaortiti a reazione di Wassermann negativa.

G. Sabatini. — L'O. in base anche ai suoi studi precedenti, tratteggia l'importanza e il valore che debbono attribuirsi alla sifilide nel determinismo delle malattie dell'aorta.

Dopo aver separate le forme di aortite e periaortite ad etiologia sifilitica dimostrabile, viene a parlare di quelle nelle quali la lues non è documentata, e la reazione di Wassermann è negativa.

L'O. sostiene in base ad una documentata casistica personale, che le forme di aortiti con contemporanea insufficienza valvolare o non, vengono sempre migliorate sotto tutti gli aspetti dalla somministrazione di preparati ad azione antisifilitica e sopratutto da preparati mercuriali.

L'O. dimostra come non sia necessario voler ammettere in questi casi, assolutamente, l'esistenza della lues dal criterio ex juvantibus. Probabilmente mercurio ed arsenico esercitano sulla aorta malata un effetto terapeutico utile anche nei casi per i quali tutto porta ad escludere un concetto di lues, sia pure ammettendola come latente o serologicamente inattiva.

Dal problema terapeutico del cancro dell'utero a quello del cancro in generale.

C. Vercesi. — L'O. riferendosi alla casistica di cancro uterino della Clinica Ginecologica di Sassari nell'ultimo quinquennio (una sessantina di casi di cui soltanto 18 operabili radicalmente, 15 al limite di operabilità, gli altri tutti inoperabili) prospetta in tutti i suoi aspetti più dolorosi la situazione infelicissima in cui si trova l'Istituto Ostetrico-Ginecologico, e in cui si trovano tutti gli altri Istituti della città, per la mancanza assoluta di quello che è oggi indispensabile presidio terapeutico contro il cancro, in special modo contro le forme inoperabili che non possono trarre nessun vantaggio da qualsiasi altra cura.

Propone alla Società che il problema gravissimo, che tiene il centro sanitario universitario sassarese in condizioni di evidente e deplorevole inferiorità al confronto di tutti gli altri centri anche minori, venga senza indugi trattato e confida che attraverso o meno la istituenda Sezione della Lega contro il cancro (già insistentemente quanto inutilmente raccomandata dalle superiori autorità) o attraverso la pratica unione di tutte le forze locali (degli Enti: Provincia, Comune, Ospedale, Università e dei privati) Sassari venga al più presto dotata di una quantità di Radium adeguata alle necessità curative.

Discussione: prof. Marogna, dott. Gosco-Mazzucca, prof. Sabatini, prof. Falchi.

G. Bruno. — *Osservazioni e considerazioni istologiche sul rabdomioma.*

Discussione: prof. Franco.

Il Segretario: A. Manai.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Le lesioni del simpatico nella tubercolosi laringea.

Da un lungo studio di F. Lasagna (*Il Valsalva*, ott. 1931), risulta che la tubercolosi laringea è accompagnata da alterazioni dei gangli simpatici, che governano le funzioni circolatorie e nutritizie dell'organo stesso. Tali alterazioni sono di diversa origine e non sono sempre in rapporto con lo stadio della tubercolosi.

Le alterazioni simpatiche compaiono talora sino dagli inizi di quelle laringee e ne governano il decorso. La causa di esse va ricercata nelle tossine più che nei bacilli.

È da ritenersi che molto spesso, lo stato precoce e florido della tubercolosi laringea, in rapporto con imponderabili lesioni polmonari, sia da attribuirsi soltanto alle lesioni riscontrate dall'A. nei gangli simpatici devoluti all'innervazione della laringe per la sua circolazione e nutrizione; ed ancora che il decorso rapido di certe forme laringee senza ragioni evidenti trovi la spiegazione soltanto nelle lesioni simpatiche diffuse.

Tali conclusioni danno al medico come al laringologo la spiegazione di fatti clinici ed anatomo-patologici che erano rimasti finora oscuri. *fil.*

Angina da streptococco del cavallo.

Nel personale addetto ad una scuderia, G. Lugli (*Il Valsalva*, sett. 1931) ha avuto occasione di osservare sette casi di angina a breve distanza l'uno dall'altro, mentre la maggior parte di essi non ne aveva mai o quasi mai sofferto; in alcuni l'angina si ripetè parecchie volte (3-4 in pochi mesi). In tutti il quadro clinico era simile, con formazione di ascesso peritonsillare.

All'esame batteriologico si riscontrò lo streptococco di Rivolta (*Str. equi*), di dimensioni più grosse che lo streptococco ordinario e con catene lunghissime. Il germe venne identificato con i diversi metodi ed isolato in cultura pura dalla gola dei pazienti. È noto che esso è l'agente dell'angina dei cavalli, che colpisce specialmente gli individui giovani (da 1 a 5 anni) dando catarro nasale, tumefazione e suppurazione dei gangli del collo con linfangiti e talora setticopiemia. *fil.*

Tumore misto epifaringeo (polipo congenito peloso).

A. Malan (*Il Valsalva*, n. 8, 1931) descrive un rarissimo caso di polipo faringeo congenito (epignathus) sviluppatosi senza aver mai dato sentore. Il punto d'impianto corrispondeva alla faccia superiore del velo pendulo, in tutta prossimità dello sbocco tubarico, per cui è molto probabile che l'origine risalga ad un'epoca molto precoce dello sviluppo dell'orlo inferiore della prima fessura branchiale.

L'esame istologico ha dimostrato trattarsi di un tridermoma, in cui l'elemento principale era costituito da tessuto glandolare ben conformato, tanto che in un primo tempo l'A. aveva pensato ad una glandola salivare ectopica. Questa massa glandolare era rivestita da tessuto cutaneo quasi normale, con numerosi peli e glandole sebacee. E. BORGHESAN.

La radioterapia nelle tonsilliti.

Già da tempo (1911) fu preconizzato da Mengel l'uso della radioterapia nelle forme tonsillari croniche. È solo più tardi che questa terapia è stata estesa anche alle forme acute, per le quali è più che sufficiente una dose minima equivalente al 15 % della dose eritema di Raggi X.

L'Holfelder, che ha larga esperienza in proposito dice che se nei casi di angine acute la terapia Roentgen viene applicata tempestivamente, si riesce quasi sempre nel corso di 24 ore a troncare l'attacco.

Nelle tonsilliti acute, come, in genere, nelle altre forme infiammatorie acute iniziali: foruncolo, antrace, flemmone, pare che i raggi X esercitino una azione prevalentemente locale, però non si può escludere il possibile intervento di fattori immunitari.

A spiegare l'azione dei raggi F. Perussia (*Rass. Clin Scient.*, 1, 1932), si riferisce a quanto Milani disse nel congresso Internazionale di Radiologia a Parigi e cioè che i Raggi X esplicano azione sulla circolazione locale, sulla necrobiosi cellulare, sull'assorbimento di proteine, e anche azione stimolatrice sulla fagocitosi e sulle cellule del reticolo-endotelio.

Nelle tonsilliti acute l'azione delle irradiazioni è immediata e le tonsille ritornano ben presto normali. Nelle forme croniche invece i risultati sono più lenti ad ottenersi. Ma anche qui si ottengono modificazioni morfologiche ed anatomo-patologiche degli organi e se ne influenza profondamente la morbilità. Infatti sul tessuto adenoideo i Raggi X hanno azione elettiva di distruzione degli elementi patologici.

Tale terapia è usata con successo anche in quelle forme tonsillari che si accompagnano a lesioni renali o cardiache o polireumatiche. L'A. che ha una casistica di oltre 100 casi assicura di avere visto permanentemente guarire con la Roentgenterapia forme di albuminuria e glomerulonefriti complicanti tonsilliti croniche, e riferisce anche esperimenti di Berven che avrebbe visto guarire diatesi emorragiche ed endocarditi recidivanti.

L'A. dimostra quindi come la Roentgente-

rapia possa in gran parte sostituire la cura chirurgica di quelle forme croniche di tonsilliti, e passa quindi ad esaminare i disturbi che tale terapia può dare, e conclude che, date le dosi minime di Raggi che si adoperano, l'unico disturbo possibile è una leggera secchezza della bocca per inibita secrezione salivare.

RECCHIA.

Parotite suppurativa acuta.

R. P. Custer (*The Americ. Journ. of the Medic. Sciences*, novembre 1931) ne illustra due casi, tutt'e due seguiti da morte e studiati clinicamente e anatomopatologicamente. In un caso si trattava di complicazione locale da stafilococco nel decorso di una nefrosi amiloide con enterite acuta emorragica, nell'altro si trattava di complicazione di un'eresipela della gamba e anche qui l'etiologia della complicazione non era uguale a quella della malattia iniziale. In tutt'e due i casi i vasi sanguigni non erano alterati.

A questi due casi l'A. fa seguire una rivista della letteratura: la prima parotite suppurativa acuta fu descritta da Brodie (1834). Un lavoro accurato comprendente 18 casi fu fatto da Wirchow (1858). Numerosi casi furono descritti dopo. La parotite suppurativa acuta può essere complicazione di infezioni non chirurgiche: tifo, polmonite, scarlattina, difterite, vaiolo, colera, dissenteria, malaria, influenza, eresipela, infezione puerperale, artrite settica, appendicite, tubercolosi, turalemia, denga. Si tratta quasi sempre di germi associati all'infezione generale.

La patogenesi della parotite acuta suppurativa può essere o quella ascendente o quella ematogena.

R. LUSENA.

SEMEIOTICA.

Un nuovo metodo di percussione.

Per eseguire tale nuovo metodo si deve percuotere trasversalmente col dito medio destro sulla superficie dorsale dell'ultima falange dell'indice sinistro sovrapposto al medio dello stesso lato.

Una tale variante offrirebbe, secondo J. Peiser (*Deut. Med. Woch.*, n. 44, 30 ottobre 1931), una sensazione della resistenza molto più netta, per la quale sarebbe migliorata la possibilità di rilevare delle ipofonesi di lieve grado, come ad esempio quelle parasternali per tubercolosi attiva dell'ilo, quelle degli essudati interlobari, e quelle degli infiltrati polmonari.

M. FABERI.

TECNICA DI LABORATORIO.

Importanza della tecnica istobatteriologica per la dimostrazione della funzione delle spirochete nella gangrena polmonare.

F. Bezançon e E. Etchegoin (*Bullet. de l'Acad. de Médec.*, 2 febbraio 1932) hanno studiato dal lato istobatteriologico il tessuto polmonare di malati di gangrena del polmone, partendo dal concetto che lo studio dell'espettorato è insufficiente perchè spesso rispecchia solo lo stato dei bronchi. I casi studiati furono 11. Costantemente trovarono le spirochete, quasi costantemente il bacillus ramosus, uno streptococco e la flora identica a quella già osservata da Veillon, Rist, Hallé, Guillemot.

Essi videro nelle pareti delle caverne, nella zona colliquefatta aderente alla parete della caverna stessa, microbi di tutte le specie, con o senza fusiformi, con rarissime spirochete; nella zona media gli stessi microbi tipo Veillon qualche volta i fusiformi, ma sempre con spirochete e nella zona periferica esclusivamente spirochete.

L'importanza delle spirochete nella gangrena polmonare è dimostrata dal grande numero di esse nella zona periferica della caverna (che è la zona di invasione) e dal fatto che si trovano solo spirochete in alcune zone, come pure dall'osservazione di sole spirochete nelle gangrene recenti.

Gli AA. ritengono che le spirochete abbiano importanza capitale nella determinazione della gangrena; esse preparano il terreno agli anaerobi che verranno dopo. Con questo essi non vogliono dire che solo la spirocheta sia responsabile della gangrena polmonare.

Essi hanno potuto riprodurre nel sottocutaneo delle cavie degli ascessi gangrenosi filtrati di cultura contenente spirocheta più un diplococco.

La spirocheta della gangrena polmonare si differenzia nettamente da quella di Vincent; ancora non è nettamente classificata; può considerarsi una sottospecie della S. buccalis o della S. dentium o anche una specie a parte.

Bezançon e Etchegoin ritengono che deve rimanere immutato il concetto anatomopatologico che della gangrena aveva Laënnec e che alla flora batterica di Veillon, Zuber, ecc. si deve aggiungere la spirocheta.

R. LUSENA.

MEDICINA SCIENTIFICA

Ricerche sugli innesti di midollo osseo.

I risultati di innesti di midollo osseo non sono stati concordi. Mentre alcuni (Guyon, Baykow, Bruns, Donati ed altri) avevano ottenuto l'attecchimento degli innesti, specialmente di quelli autoplastici, con successivi processi iniziali di osteogenesi nella zona di innesto, altri (Ollier, Maas, Bonome, Porcile) avevano avuto risultati negativi. Il Cortese poi negò recisamente ogni proprietà osteogenetica al midollo osseo.

D. Barbieri (*Archivio per le scienze mediche*, dicembre 1931) fece esperimenti di innesto di midollo osseo nel rene, partendo da

osservazioni di ricercatori precedenti i quali avevano dimostrato la facilità con cui nel rene si producono ossificazioni eterotopiche. Poi estese le esperienze anche ad altri organi (milza e vasi).

L'innesto di poltiglia di midollo osseo nel rene, nella milza e nella vene provocò la comparsa di un tessuto con i caratteri di osso giovane di nuova formazione.

I risultati furono più costanti cogli innesti autoplastici che cogli omoplastici. Probabilmente questi risultati si spiegano coll'ipotesi di Donati che la formazione dell'osso sia legata all'attività osteoblastica delle parti periferiche del midollo ed in special modo agli elementi del perimidollo.

R. LUSENA.

VARIA.

Demografia della Cina.

Quale è il numero degli abitanti della Cina? Ecco una domanda alla quale non si può rispondere con esattezza.

Si parla di 400, di 500 milioni di cinesi, ma son cifre di impressione.

In mancanza di statistiche serie, geografi, storici, economisti si sono sforzati di fissare numeri in base a calcoli di approssimazione. Ma in effetti questa enorme massa umana non si lascia contare, come non si lascia contare un formicaio.

Forse la densità degli abitanti della Cina appare più grande della realtà, perchè i cinesi hanno la tendenza ad ammassarsi nelle pianure, disertando le valli ed i monti.

Certo è che se i cinesi sono estremamente prolifici essi sono continuamente decimati dalle epidemie, dalle carestie, dalle rivolte, dalle guerre.

Il dottor A. Legendre (*Presse Médicale*, 1932, n. 1), che ha vissuto lungamente in quel paese ed è stato direttore della Scuola di medicina imperiale, ha rilevato che le epidemie di peste, di colera, di dissenteria, di tifo, di vaiuolo, ecc., sono terribilmente frequenti e producono morie spaventose del tutto ignote agli altri popoli.

A Tehenton un'epidemia di tifo uccise in due mesi 30.000 persone ed una successiva epidemia di dissenteria ne uccise altrettante.

Di fronte a questi flagelli ogni tentativo di lotta è impotente, date le abitudini assolutamente antigieniche. I cinesi rimangono indifferenti e rassegnati.

Non meno elevata è la mortalità dei bambini. Più della metà muoiono nel primo anno di vita per malattie varie, per mancanza di cure o di alimenti per l'estrema povertà dei genitori.

Le misere condizioni fisiche dei procreatori, minate dall'alimentazione insufficiente, dalla sifilide, dall'oppio, concorrono a dare una prole scadente.

La precocità dei matrimoni, lo sviluppo incompleto delle donne sono causa frequente di morte della madre e dei neonati.

È molto diffusa l'abitudine di disinteressarsi della sorte dei figli, di lasciarli morire senza cure, di gettarli sulla strada quando le condizioni della famiglia non consentono di alimentarli.

Le carestie periodiche compiono l'opera di distruzione in quell'infelice aggregato umano. Esse sono molto frequenti e gravi. La carestia del 1878 fece otto milioni di vittime, altrettante ne fecero quelle del 1901, del 1906 e del 1910, e due milioni quella del 1924.

La grande carestia del 1928-29 continua ininterrotta la sua opera devastatrice aggravata dalle guerre civili.

Basti ricordare che la rivolta dei Tai Ping, durata dal 1850 al 1864, costò alla Cina 25 milioni di esseri. La rivolta dei mussulmani dell'Ovest fece 10 milioni di vittime. E l'ultima guerra cominciata nel 1911 con la proclamazione della repubblica e che ha durato sempre ininterrotta e dura tuttora, ha dato non meno di 25 milioni di morti per ferite o per fame.

Certo la straordinaria prolificità dei cinesi tende a colmare rapidamente i vuoti, ma le cause di mortalità sono troppe ed estese perchè si possa avere un aumento globale della popolazione.

Un censimento attendibile non è stato mai fatto. I mandarini a scopi esclusivamente fiscali si sono limitati a fare una conta delle famiglie, che sarebbero circa 60 milioni.

Il Legendre ha fatto studi intesi a stabilire la media di sopravvivenza dei cinesi, che sarebbe di 2,7; aggiungendo a questa cifra i genitori, si avrebbe che ogni famiglia è composta di 4,7 individui, cifra che moltiplicata per 60 milioni, faceva ammontare la popolazione della Cina nel 1913 a circa 282 milioni, che ora in seguito alla guerra civile ininterrotta ed alla carestia divenuta annuale si ridurrebbe a 200 milioni.

Anche ridotta a queste proporzioni la popolazione cinese sarebbe più che sufficiente a resistere a qualsiasi invasione ed anche ad assicurare il dominio di vaste terre, se alla quantità degli individui rispondesse la qualità.

L'esperienza ha invece dimostrato che la sterminata terra cinese ed il prolifico popolo che l'abita sarebbero già preda di un vicino popolo molto meno popoloso ma più civile, se la sua integrità non fosse protetta dagli interessi delle nazioni europee ed americane.

argo.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI.

Denuncia delle malattie infettive. — L'Ufficio d'Igiene e Sanità del Governatorato di Roma ha diramato la seguente circolare:

Si deve richiamare l'attenzione dei medici liberi professionisti sulla necessità che nell'ottemperare all'obbligo della denuncia delle malattie infettive ai sensi ed agli effetti dell'art. 123 del testo unico delle leggi sanitarie, approvato con il R. Decreto 1° agosto 1907, n. 636, vengano altresì osservate le norme contenute nell'art. 4 del Decreto Ministeriale 15 ottobre 1923, per quanto riguarda i rapporti con le scuole od opifici dei malati di affezioni contagiose. L'incompletezza delle segnalazioni rende talora tardive le misure profilattiche, che devono trovare nel medico denunciante la prima e più efficace collaborazione.

Le denuncie debbono pertanto indicare: *a*) il nome, il cognome e l'età dell'infermo, la sua abitazione e la provenienza; *b*) la diagnosi certa o presuntiva della malattia, o se si tratti solo di caso sospetto; *c*) se il malato o i coabitanti con esso frequentano scuole e quali; *d*) se il malato è operaio in opifici, in cantieri, se vive in collettività, ovvero se egli o persone di famiglia siano addetti ad industrie o commerci di generi alimentari; *e*) ogni altra notizia che debba ritenersi utile per l'Ufficiale Sanitario ai fini della profilassi; *f*) i provvedimenti profilattici adottati dal denunciante; *g*) se il malato resta in cura al proprio domicilio o sia trasferito altrove.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Aggius (*Sassari*). — Scad. 16 apr., 2ª cond.; L. 8976 e 3 quadrienni dec., oltre L. 2200 cavalc., L. 880 arm. farm., L. 176 uff. san.; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

Auletta (*Salerno*). — Scad. 15 apr.; L. 7000 e 4 quadrienni dec., per uff. san. L. 500; tassa L. 50,10.

Canicattì (*Agrigento*). — Scad. 15 apr.; 4ª Sez.; L. 8000 e 4 quadrienni dec., addizion. L. 500 ogni 250 iscritti sopra i 1000; età lim. 45 a.; tassa L. 50,10.

Carpi (*Modena*). *Ospedale « B. Ramazzini »*. — Scad. 30 giu.; assistente; laurea da non oltre 3 anni; L. 5000 ridotte 12 %; quota integrativa 10 % dello stip.; 5 % atti operativi abbienti; alloggio, se celibe; età mass. 35 a.; tassa L. 50,10.

Castelbuono (*Palermo*). — Scad. 15 giu.; lire 7700 e 5 quadrienni dec.

Cimolais (*Udine*). — Scad. 10 mag., con Erto Casso; L. 11.000 oltre L. 600 serv. att., L. 900 se uff. san., L. 3000 trasp., c.-v.; riduz. 12 %.

Condrò (*Messina*). — Scad. 15 apr.; L. 9000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 500 se uff. san.; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

Cuneo. *Ospedale di Santa Croce*. — Scad. 15 apr.; assistente medico e assistente chirurgo; lire 5000, vitto e alloggio per giorni di guardia, interessenza; L. 750 all'assistente medico quale indennità di laboratorio.

Firenze. *R. Arcispedale di S. Maria Nuova e Stabilimenti Riuniti*. — Al 30 apr., ore 17, due assistenti med.-chir.; età lim. 30 a.; L. 6400 da decurtarsi del 12 %; c.-v. e altre inden. regolamentari; titoli ed esami; doc. a 3 mesi dal 26 mar.; tassa L. 50.

Flumeri (*Avellino*). — Scad. 30 apr.; L. 5461,50 nette del 12 % e 3 quadrienni dec., oltre L. 1760 nette per uff. san. (temporanee); età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

Guardia Lombardi (*Avellino*). — Scad. 19 giu.; L. 6484 e 5 quadrienni dec.; riduz. 12 %; età lim. 25-40 a.

Mestre. *Ospedale Civile Umberto I*. — Scad. 15 mag.; ore 17; chirurgo primario; età lim. 40 a. al 21 mar.; doc. poster. al 31 gen.; tassa L. 50,10; stip. L. 7000 e quattro quadrienni di L. 500, oltre L. 1000 serv. att.; riduz. 12 %; compartecipaz.

Montecerignone (*Pesaro*). — Scad. 30 apr.; lire 9000 e 4 quadrienni del quinto, oltre L. 600 c.-v., L. 2000 cavalc., L. 400 uff. san.; riduz. 12 %; età lim. 25-40 a.; tassa L. 50,10.

Parma. *Consorzio Provinc. Antitubercolare*. — Scad. 15 giu.; direttore del consorzio (dispensario provinc.); L. 21.500 ridotte 12 %; indennità missione e trasferte; età lim. 45 a.; è inibito il libero esercizio professionale.

Pretoro (*Chieti*). — Scad. 15 apr.; L. 9000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 500 se uff. san., L. 1500 cavalc.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

Re (*Novara*). — Scad. 15 giu.; L. 7920 e 5 quinquenni dec., oltre L. 440 uff. san., L. 132 ambulat., L. 880 alloggio, L. 880 trasp.; età lim. 25-45 a.; tassa L. 50.

Roma. *Istituto Nazionale delle Assicurazioni*. — Scad. 14 mag., ore 12; concorso per titoli ed esami ad un posto di sostituto primo segretario per laureati in medicina e chirurgia. Ai documenti di rito, vanno aggiunti: *a*) il certificato d'iscrizione al sindacato medico; *b*) un certificato dal quale risulti che il candidato ha compiuto un biennio in qualità di assistente effettivo, in seguito a concorso per esami, presso un ospedale di non meno di 500 letti, ovvero presso un Istituto Universitario di clinica o patologia medica. Sarà tenuto conto della conoscenza delle lingue straniere. Limite di età: anni 30; per i combattenti anni 35; per i mutilati ed invalidi di guerra o per la causa nazionale anni 39. È inibito l'esercizio libero della professione. Retribuzione iniziale complessiva annua lorda di L. 12,400, al netto della riduzione di cui al R. D. L. 20 novembre 1930-IX n. 1491 e, dopo sei mesi di prova; doppia mensilità; quota di cointeressenza; premio annuale e contributo per il trattamento di quiescenza previsto dal Regolamento interno del personale. Informazioni più dettagliate, copia dell'avviso di concorso e invio dei documenti presso la Direzione Generale, Servizio Personale, via S. Basilio 38.

ROSSANA (*Cuneo*). — Scad. 20 apr.; L. 8340 oltre L. 500 uff. san., L. 1000 trasp.; ridotto 12 %.

ROVIGO. *Amministrazione Provinciale*. — Direttore della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi. Per titoli ed esami. Stipendio iniziale L. 16.000. Indennità di carica L. 1500 annue; cinque aumenti periodici del decimo; ricostruzione parziale della carriera; indennità di caro-viveri; stipendi e indennità sono passibili della riduzione del 12 %. Età massima anni 45, salvo le eccezioni di legge. Scadenza del concorso ore diciasette del 20 maggio 1932.

S. SEVERINO MARCHE (*Macerata*). — Scad. 30 apr.; campagna; L. 7000 e 3 quadrienni dec., oltre c.-v. e L. 2400 cavalc.; riduz. 12 %; età lim. 24-40 a.

S. MARGHERITA BELICE (*Agrigento*). — Scad. 30 apr.; L. 9000 e 4 quadrienni dec.; età lim. 45 a.; tassa L. 50.

SANT'OLCESE (*Genova*). — Scad. 30 apr., ore 18; L. 8400 e 10 bienni ventes., oltre L. 3000 se uso cavallo, L. 800 se uff. san.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

SAVIGNANO DI ROMAGNA (*Forlì*). — Scad. 30 mag.; 2° reparto; L. 9000 e 10 bienni ventes., oltre lire 3000 trasp., c.-v.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dall'1 apr.

SCIACCA (*Agrigento*). — Scad. 25 apr.; L. 8500 e 4 quadrienni dec.; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche, i compensi allo stipendio base.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. sen. Aldo Castellani ha accettato nuovamente, per l'anno scolastico 1932-33, il posto di professore temporaneo (Visiting Professor) di medicina tropicale nell'Università Tulane di New Orleans (Stati Uniti).

Egli ha una carica similare (Visiting Lecturer) alla Scuola di Medicina e Igiene Tropicale di Londra. È anche condirettore e professore nell'Istituto Ross per le malattie tropicali della stessa metropoli.

Tutto ciò prova l'alta estimazione in cui il Castellani è tenuto nel mondo scientifico internazionale.

Com'è noto, in vista di tale sua posizione la legge che lo ha nominato direttore della Clinica per le malattie tropicali e subtropicali di Roma — legge proposta dal Governo e approvata dalla Camera e dal Senato — lascia al Castellani facoltà di avere cattedre ed altri posti scientifici all'Estero e di risiedere all'Estero molti mesi dell'anno.

L'Accademia tedesca di scienze naturali, adunatasi ad Halle, in occasione della ricorrenza centenaria della morte di Volfango Goethe, sotto la presidenza del prof. Emilio Abderhalden, ha nominato socio il prof. Gaetano Fichera, ordinario nell'Università di Pavia, direttore dell'Istituto del Cancro di Milano, in riconoscimento dei lavori fondamentali compiuti nel campo degli studi sul cancro.

Esprimiamo il nostro compiacimento al prof. Fichera, il quale da anni dedica le sue migliori energie al grave problema.

La « Société Médicale des Hôpitaux de Paris » ha eletto a voti unanimi socio corrispondente il prof. Maurizio Ascoli, clinico medico di Palermo.

Il dott. cav. uff. Luigi Macaluso, medico coloniale in Eritrea, è stato insignito della Croce della Stella Coloniale, per la sua lunga permanenza in Colonia (1896-1927).

I dottori Mario Ronzini e Camillo Trinchera, della R. Clinica chirurgica di Bari, sono stati abilitati alla libera docenza in patologia speciale chirurgica dimostrativa, con unanimità di voti. Rallegramenti.

Il dott. Arnaldo Lusignoli, direttore del periodico « Il Medico Condotto », è nominato grande ufficiale della Corona d'Italia.

Il dott. Domenico Narducci, dell'Ufficio d'Igiene del Governatorato di Roma, è nominato commendatore della Corona d'Italia.

Il R. Commissario dell'Opera Naz. Maternità e Infanzia, avv. Sileno Fabbri, ha conferito la medaglia d'oro di benemerenza alla Cassa di Risparmio delle Province Lombarde, per il largo e costante contributo che tale Ente ha dato per l'impianto dei centri di assistenza materna ed infantile nella Lombardia.

NOTIZIE DIVERSE.

12° Congresso internazionale di neurologia.

La Società francese di neurologia riprende la tradizione dei suoi congressi internazionali annui, la quale era stata interrotta nel 1931, in occasione del Congresso internazionale di Berna.

La 12ª riunione è indetta a Parigi per i giorni 31 maggio e 1° giugno; i lavori si svolgeranno alla Salpêtrière, nell'anfiteatro della Scuola per infermiere. Tema in discussione: le epilessie (acquisizioni recenti sulla clinica, l'anatomopatologia, la patogenesi ed il trattamento); relatori: Foerster di Breslavia, Pagniez e Crouzon di Parigi, Abadie di Bordeaux. Verranno presentati al Congresso i lavori concorrenti alla fondazione Dejerine e al premio Charcot. Rivolgersi alla Salpêtrière, boulevard de l'Hôpital 47, Paris.

2° Congresso generale del fanciullo.

Si adunerà a Ginevra dal 18 al 21 luglio, a cura dell'Unione internazionale per la salvezza del fanciullo; sarà diviso in tre sezioni: 1) sistemazione domiciliare e istituzionale dei lattanti; 2) età pre-scolastica; 3) età post-scolastica. Saranno tenute anche delle conferenze pubbliche. Per informazioni rivolgersi alla segreteria: quai du Mont Blanc 31, Genève, Svizzera.

Congresso italiano di dermosifilografia.

La Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia terrà il prossimo Congresso nella primavera del 1933. La presidenza ha stabilito i seguenti temi: « I più moderni aspetti della fisiopatologia cutanea in rapporto coi nuovi dati delle ricerche morfologiche e fisico-chimiche »; « Lesioni articolari ed ossee nella sifilide ». Il primo tema è stato affidato alle Cliniche dermosifilopatiche di Bari, Bologna, Padova, Perugia, Milano, Palermo, Roma e Sassari; il secondo a quella di Pavia. Le comunicazioni individuali dovranno svolgere argomenti attinenti a quelli di relazione, salvo che non si riferiscano a casi particolarmente rari o ad argomenti nuovi di eccezionale importanza scientifica. Per informazioni rivolgersi al segretario della Società, prof. Vincenzo Montesano, via Campo Marzio 69, Roma.

Due congressi medici in occasione della Fiera di Milano.

Il Sindacato nazionale dei medici ha dato l'incarico al Sindacato provinciale di Milano di organizzare, durante il periodo della Fiera, due importanti Congressi sindacali. Essi avranno contemporaneamente luogo il 23 e 24 aprile, sotto la presidenza dell'on. Eugenio Morelli, segretario nazionale del Sindacato medico. Ad una di queste riunioni, a carattere nazionale, sono invitati a partecipare tutti i medici che si occupano di idrologia e di climatologia e che sono aderenti al Sindacato.

L'on. Morelli ha officiato come relatori i proff. Devoto, Frugoni, Micheli, Valenti e Ceresole, oltre ai fiduciari nazionali della sezione proff. Vinaj e Botti.

Il secondo convegno, ordinato dal prof. Baslini, segretario del Sindacato medico provinciale di Milano, riguarda i medici inscritti ai Sindacati della Lombardia e vi saranno discussi problemi importanti.

Ambedue queste riunioni mediche, a carattere squisitamente sindacale, saranno tenute nei locali della Fiera, che attivamente collabora, a mezzo del suo vice presidente grand'uff. Granelli, alla riuscita dell'iniziativa.

Gli interessati ai due Congressi sono tenuti a comunicare la loro adesione entro il 20 aprile al Sindacato medico di Milano (via Giulini 2).

Presso la Fiera di Milano l'Ufficio della Stampa Medica Italiana, fondato e diretto dal prof. Prassitele Piccinini, avrà un proprio stand (n. 2617).

Al Congresso tedesco di medicina interna.

La presidenza della Società Tedesca di Medicina Interna ha rivolto invito ufficiale al clinico medico di Palermo, prof. Maurizio Ascoli, di inaugurare — come scopritore del metodo — la discussione sul pneumotorace artificiale bilaterale, che avrà luogo al Congresso di Wiesbaden nella seconda decade di aprile (v. fasc. 10).

Convegno medico abruzzese.

È indetto ad Aquila per la prima decade di giugno. Temi e relatori: « Epatocolangiti subacute e lente », prof. Leonardo D'Antona; « Le osteomieliti acute », prof. Attilio Cermenati e dott. Mario Muzii (parte radiologica); « Etiologia e profilassi della tubercolosi », prof. Gianni Petragnani. Rivolgersi al dott. A. Tattoni, segretario della Società Medico-Chirurgica degli Abruzzi, Ospedale Civile, Chieti.

5ª Riunione annuale dei tisiologi lombardi.

Avrà luogo a Cremona il 12 giugno, nel palazzo del Governo. Il prof. Emilio Alfieri terrà una conferenza sul tema: « Tubercolosi e gravidanza ». Relatori e temi all'o. d. g.: prof. F. D'Alessandro, « Dell'ultravirus tubercolare »; prof. F. Introzzi, « Linfogranuloma maligno e infezione tubercolare ». Non sono ammesse altre comunicazioni, oltre quelle inscritte all'ordine del giorno, sulle quali verrà aperta la discussione. Chi intende prendere la parola, deve indicare al segretario della Riunione, per scritto, prima del 12 giugno, su quale dei due argomenti intende parlare. Nella sede delle « Colonie elioterapiche Padane » il prof. L. Rizzi tratterà de « L'organizzazione dell'assistenza infantile da parte del Consorzio Antitubercolare attraverso i Dispensari ».

Per adesioni, informazioni, schiarimenti ecc. rivolgersi al Segretario Fiduciario della Sezione, prof. Gaetano Ronzoni, Istituto di Tisiologia, via Gaudenzio Ferrari 18, Milano.

Giornate mediche aragonesi.

Avranno luogo a Saragozza dal 26 al 29 maggio; temi ufficiali: « Reumatismo poliarticolare », relatore il prof. Marañon di Madrid; « Echinococcosi », relatore il prof. Devé di Rouen; il dott. P. Mateos terrà una conferenza sul tema « Previsione medica nazionale ». È in programma un'escursione al monastero di Pieda con ritorno a Alhame e visita delle terme. Rivolgersi al segretario generale, Dr. Ricardo Horno Alcorta, Academia de Medicina (Faculdad), Zaragoza, Spagna.

Associazione chirurgica della Costa del Pacifico.

Ha tenuto la sua 7ª riunione a Santa Barbara, in California, dal 25 al 27 febbraio, sotto la presidenza del Dr. Rea E. Smith. Venne svolto un

vasto programma di lavori. Il prof. Shiota Matsnoka, dell'Università di Tokio, tenne una conferenza sul tema « Un confronto dei metodi chirurgici usati nel Giappone e in America ».

Per l'assistenza sanitaria alle classi medie nella provincia di Milano.

Nella provincia di Milano è sorto ed opera alacremente il « Centro Sanitario Fascista », il quale ha per scopo l'assistenza sanitaria al ceto medio. È diretto dal prof. Ignazio Scalone, col concorso di un Comitato, di cui fanno parte alte personalità. Il Centro comprende un Istituto di cura: l'Ospedale di Circolo di Rho, eretto quale monumento ai Caduti per la Patria, capace di 150 letti, distribuiti in varie sezioni, in camere da 6 e da 2 letti; l'organizzazione è completata dall'Ambulanza Piave, della Croce Rossa Italiana, che è centro di consultazione; da un'organizzazione di pronto soccorso e chirurgia a domicilio; da un'organizzazione di propaganda sanitaria, mediante conferenze tenute in vari centri; da un'organizzazione di assistenza sanitaria e legale agli infortunati; da un « Bollettino del Centro Sanitario Fascista ». I sanitari prestano l'opera loro gratuitamente. Il contributo economico degli assistiti è commisurato alle loro risorse economiche.

Lotta contro il cancro nel Barese.

Con decreto del prefetto di Bari è stata ricostituita la Sezione Barese della « Lega Italiana per la lotta contro il cancro »; ne fanno parte i proff. Bianchini, Bisceglie, Del Buono, Ferrannini, Gaifami, Guaccero, Maggiore, Mariani, Mirenghi, Righetti, nonchè il medico provinciale dott. Campanella.

L'organizzazione barese per la lotta contro il cancro era stata iniziata nel 1930, sotto la presidenza del prof. Sotti, secondo le direttive generali della Lega Italiana. Il servizio di accertamento istologico veniva espletato dall'Istituto di anatomia patologica della R. Università e nei laboratori istologici delle singole cliniche. Ma i lavori del primo Comitato, per un complesso di cause, non poterono avere il previsto sviluppo, nonostante che il prof. Sotti fosse riuscito a realizzare, per sottoscrizione, un piccolo fondo, e che il prof. Gaifami avesse ottenuto dal Ministero degli Interni un sussidio per l'acquisto di un apparecchio roentgenterapico.

Il nuovo Comitato, riunitosi per la prima volta sotto la presidenza del prof. Maggiore, ha stabilito di istituire un corso di lezioni di propaganda ai medici condotti della Provincia. Il prof. Gaifami e gli altri convenuti hanno segnalato la necessità di completare l'attuale attrezzatura terapeutica, riconoscendo la deficienza del quantitativo di radium a disposizione e la mancanza, per le tre Cliniche dell'Ospedale Consorziale, degli apparecchi per raggi X. In una seconda riunione tenutasi presso l'Ufficio del Commissario dell'Ospedale sen. Guaccero, venne discussa la possibilità di risolvere al più presto il problema di una adatta istallazione per la radiodiagnostica e la radioterapia dei tumori maligni.

Ente per l'assistenza alla gente del mare e dell'aria.

Si è riunito il Direttorio della Confederazione Nazionale Fascista della Gente di Mare e dell'Aria, il quale ha deliberato la costituzione di un Ente destinato a meglio coordinare e rendere sempre più efficienti le varie forme di assistenza praticate dall'organizzazione sindacale dei marittimi e degli avieri.

All'Opera Nazionale Maternità e Infanzia.

L'Ambasciatore del Belgio presso il Quirinale, Principe de Ligne, e la consorte, il prof. Mahaim, presidente del Consiglio di Amministrazione dell'Ufficio Internazionale del Lavoro a Ginevra, il comm. Alberto Henry, direttore generale al Ministero di agricoltura del Belgio e delegato belga all'Istituto Internazionale di Agricoltura di Roma, il giornalista belga cav. uff. de Weyer, accompagnati dal prof. D'Ormea, capo del Servizio sanitario dell'Opera Maternità Infanzia, si sono recati a visitare due Istituti dipendenti dall'Opera stessa: il Centro di Assistenza all'Infanzia « Principi di Piemonte ». e il Centro di smistamento per minorenni.

Gli illustri ospiti si sono vivamente compiaciuti dello stato ambientale, del funzionamento e dei risultati raggiunti.

Per le assicurazioni dei medici nel Belgio.

Il problema è stato esaminato al Congresso della « Fédération Médicale Belge », dal dott. Peeters, nei riguardi dell'assicurazione contro l'invalidità e la vecchiaia (pensioni) e dell'assicurazione vita (indennizzo ai superstiti), con particolare riguardo all'assicurazione-vita. L'oratore ha posto in evidenza l'assoluta incapacità della classe medica a trattare le questioni assicurative: sembra esservi incompatibilità tra la *forma mentis* dei medici ed il rigido tecnicismo attuariale e assicurativo. Egli crede perciò che in questo campo la classe medica debba essere sostituita da un direttorio di competenti. In esito alla relazione fu deciso che, sotto l'egida della Federazione medica belga, venga costituito un Comitato, affidandogli il compito di riunire le varie società mutue esistenti, così da coordinarne l'azione e da accrescerne al massimo l'efficienza; inoltre di mettersi in rapporto con compagnie private d'assicurazione, o con Case attuariali, o con altre organizzazioni giudicate idonee, per addivenire a un sistema concreto e pratico di assicurazioni e di pensioni per i medici.

Le capacità dei sanatori antitubercolari in Spagna.

La Direzione generale di sanità della Spagna ha reso noto che i sanatori statali per tubercolotici in Spagna sono i seguenti e che dispongono dei posti per ciascuno indicati: Lago 165, Valdelatas 106, Húmera 48, Alcohete 26, El Tomilar 40, Hospital Nacional 124, infermeria Chamartín 115, con un totale di 624 posti, mentre le richieste di ricovero nel 1931 ascesero a 6261, il che prova la grande sproporzione tra i bisogni assistenziali e le disponibilità e deve indurre ad imprimere incremento all'assistenza dei tubercolotici. (Da « Medicina Latina », febbr. 1932).

Per l'incremento della sanità pubblica in Francia.

Come ne demmo l'annunzio, il Parlamento francese aveva posto a disposizione del Ministero della sanità pubblica la somma di 385 milioni di franchi, per dare sviluppo ai vari servizi, in vista

del miglioramento sanitario della Nazione. Il ministro, Camille Blaisot, dopo lunghi studi, ha provveduto alla distribuzione, informandola a due concetti: promuovere accanto all'assistenza, anche la profilassi, e preferire le azioni che importano maggiore impiego di personale, così da concorrere a fronteggiare la disoccupazione. Agli ospedali sono stati destinati 180 milioni; nel fare questa ingente assegnazione, si è tenuto conto del grave disagio in cui si trovano molte amministrazioni ospedaliere. Alle società per la lotta contro la mortalità infantile si sono accordati sussidi per 30 milioni; ai centri anticancerosi per 27 milioni; alle società per la lotta contro le malattie veneree per 16 milioni; alla lotta contro la tubercolosi per 57 milioni (33 milioni per i sanatori, 21.250.000 per i preventori, 2.960.000 per i dispensari); ai campi di vacanze per 5 milioni. Si è provveduto anche ad alcuni enti scientifici, che possono avere ripercussioni pratiche: all'Istituto Curie, con 12 milioni e mezzo; all'Istituto oncologico di Villejuif, con la stessa somma; alla Scuola di puericoltura della Facoltà medica di Parigi, con 8 milioni. Infine si sono sovvenzionate alcune istituzioni mutue: la « Renaissance sanitaire » con 11 milioni, la Fondazione Foch con 4 milioni, la mutua dei ferrovieri con 2 milioni.

Sontuosa sede di una Società medica negli Stati Uniti.

Il 29 gennaio venne inaugurata la nuova sede della Società Medica della Contea di Wayne, a Detroit (Michigan), dovuta alla liberalità del sig. David Whitney.

Erano presenti più di 1200 membri, dei 1600 circa che compongono la Società.

La sede comprende 50 ambienti; ne fanno parte un grande ristorante, delle sale da gioco, dei fumoirs, ecc. Vi è un club dei medici giovani ed uno degli anziani. L'edifizio, ricco di torrette, logge, balconi, bow-windows ecc. ha un vero valore artistico. I locali sono sontuosi, ricchi di marmi, con pavimenti e soffitti in legno e con vetrate a colori.

Propaganda per un maggior consumo di riso.

Alla Fiera Internazionale di Agricoltura in Verona, per iniziativa di S. E. il sen. avv. Aldo Rossini, presidente dell'Ente Nazionale Risi, è stata celebrata per la seconda volta, dopo il 1928, la « giornata del riso ».

Nel Salone della Gran Guardia il magg. med. Giovanni Perilli ha tenuto una conferenza sul « valore alimentare del riso », ricordando specialmente gli studi e l'opera di propaganda dei maestri che in questo secolo molto se ne sono occupati, come il prof. Devoto, il prof. Baglioni, il dott. E. Piccoli, ecc., e non dimenticando di citare gli scritti di Castor Durante, medico di Papa Sisto V, di Michele Savonarola, di Bartolomeo Boldo e di tanti altri che, nei secoli passati, vantarono tra le virtù alimentari del riso anche quelle di... incremento demografico.

Un maggior consumo di riso farebbe automaticamente vincere più presto ed in pieno « la battaglia del grano ».

Concluse infine concedendo che... si elevi pure un inno trionfale alla pasta asciutta — con buona pace di S. E. Marinetti — ma non si neghi un modesto sonetto al gustoso « riso d'Italia », riso che universalmente è ritenuto il migliore del mondo.

Nella stampa medica.

Il periodico « La Federazione Medica » cambia il proprio titolo in « Le Forze Sanitarie ».

Il nuovo titolo risponde al concetto elevato di considerare la classe medica come una milizia di civiltà e di bene.

* * *

Ha iniziato le pubblicazioni « Le Journal de l'Hôtel-Dieu de Montréal », che comprova la magnifica resistenza della lingua e della cultura francese nel Canadà. Il primo numero reca vari contributi originali, nonchè note storiche, biografie ecc.; si presenta in bella edizione. Auguri.

In onore del prof. Burkhart.

La Sezione romana stomato-odontologica ha voluto offrire una colazione al prof. J. Burkhart, direttore dell'Istituto odontoiatrico di Rochester (Stati Uniti) e delegato del compianto George Eastman, cui devesi l'omologo istituto che sta sorgendo in Roma. Al simposio parteciparono oltre cento specialisti stomato-odontologi. Tenne un discorso l'on. prof. Perna, cui rispose il prof. Burkhart.

Processo giudiziario per un certificato medico.

Si è svolto in Spagna un processo giudiziario contro un medico, dott. Ramón José de Landazábal Merino, esercente ad Aramayona, il quale aveva certificato la morte di un suo cliente, Domingo González, dimorante in un altro paese, Achaguen, senza essersi assicurato personalmente dell'avvenuto decesso. Il Tribunale aveva assolto il medico, considerando che questi, il giorno prima a quello in cui rilasciò il certificato, trovò il proprio cliente in stato agonico per senilità (85 anni), e che parecchi testimoni assicurarono il medico dell'avvenuto decesso: il rilascio del certificato si riduceva ad una formalità. Il rappresentante della pubblica accusa interpose ricorso in Cassazione, per delitto di falso e d'inumazione illegale; ma la Corte ha sanzionato in pieno il primo giudizio. Il dispositivo della sentenza è riportato integralmente ne « La Medicina Ibera » del 19 marzo 1932.

Corrigenda. — Nel fasc. scorso, p. 555, 5° capov., l. 7, leggere: ipervitaminosi.

In memoria di Martin Flack.

È morto recentemente a Londra, appena cinquantenne, il colonnello medico Martin Flack che fu l'apprezzato capo dei servizi sanitari aerei dell'Impero Britannico e che tanto contributo ha portato agli studi psicofisiologici dell'aviazione.

Il dott. Flack, nato nel 1882 a Borden (Kent), fu educato prima alla « Maidstone Grammar School », in seguito alla « Yarmouth », fino a che fu ammesso all'Università di Oxford, dove iniziò gli studi al « Keble College » e più tardi al Collegio dell'Università, ove fu sotto la guida dei proff. Thomson, Gotch e Haldane.

Si dedicò particolarmente agli studi di fisiologia nel « London Hospital » ove fu allievo e poi assistente di Sir Leonard Hill.

Vinto il premio Radcliffe perfezionò i suoi studi a Liegi, ad Heidelberg e a Berna; più tardi seguì Sir Leonard Hill all'Istituto di fisiologia applicata, donde fu trasferito nella Marina. Portò largo contributo alla profilassi della meningite cerebro-spinale e più tardi veniva designato a dirigere il laboratorio delle ricerche mediche nei rapporti al volo che in tale epoca cominciavano a svilupparsi.

Nel 1923 fu promosso « Group Captain ».

Egli possedeva in sommo grado le qualità necessarie per essere un grande medico di aviazione, cioè indiscussa competenza nella fisiologia, attitudine alle ricerche, esperienza d'indagatore e, sopra ogni cosa, esatta comprensione di tutti i problemi del volo, qualunque fosse la branca della medicina che li comprendesse.

La profonda passione per gli studi di fisiologia pura e la particolare attitudine ai lavori scientifici di gabinetto, contrastavano collo spirito di lui eminentemente pratico e coi suoi metodi di facile applicazione che richiedevano semplicissimi apparecchi. Egli, dopo lungo esame e critica serrata, scartò senz'altro i testi puramente accademici e si fissò nell'accurata valutazione dei risultati di metodi semplici e pratici.

Si occupò della navigazione ad alta quota e dei relativi apparecchi respiratori, dei problemi più importanti dell'igiene attinente al volo, degli occhiali protettivi, del riscaldamento del corpo a grandi altezze a mezzo di vestiti forniti di termofori elettrici.

Esperì importanti indagini in campana pneumatica, studiò i problemi medici della guerra aereo-chimica, la ventilazione dei velivoli chiusi, la disposizione degli strumenti di bordo per potersene servire con maggiore facilità; studiò la possibilità di attutire, mediante particolari dispositivi, i traumi della testa, in caso di caduta, ed esplicò una interminabile serie di altre attività, inerenti al volo, di maggiore o minore importanza.

Dove il colonnello Flack potè far rifulgere le sue eccezionali doti di organizzatore fu appunto nei vari congressi e nella Commissione permanente internazionale di Navigazione aerea, di cui fu apprezzatissimo membro come esperto medico britannico.

La cultura profonda, accoppiata alla più grande semplicità, la giovialità del carattere, in seno all'importante Commissione gli avevano procurato fervidi ammiratori ed amici sinceri tra i suoi stessi colleghi medici che lo ebbero carissimo e ne hanno pianto sinceramente la perdita.

Il colonnello Flack fu un grande amico del nostro Paese; ebbe per l'Italia particolare predilezione ed era legato da vincoli affettuosi ai nostri più eminenti scienziati che lo tenevano in speciale considerazione.

Questo pioniere degli studi medici dell'Aviazione fu un grande scienziato, un lavoratore attivo, un uomo di cuore che nobilitò la missione sanitaria e che oggi i colleghi italiani sinceramente rimpiangono.

ANGELO DI NOLA,
Direttore della Sanità Aeronautica.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Ann. di Ost. e Gin., 31 dic. — L. CATTANEO. Parto alla Delmas e parto forzato e accelerato in rachianestesia. — M. TRETTENERO, A. e D. N. DALLERA. Sierologia.

Revue Neurol., dic. — ANDRÉ-THOMAS. Lo zona.

Revue de Méd., dic. — P. LÉPINE. Forma visibile e forma invisibile del virus sifilitico. — A. Z. TZANCK. Terapie dette desensibilizzatrici.

Haematologica, Arch. VII. — E. DEBIASI. Sindrome emocitoblastica in gravidanza.

Soc. d. Hôp., 18 dic. — C. ACHARD e al. Amilosi sperimentale.

Journ. Méd. Franç., nov. — Numero sulla magrezza e l'obesità.

Deut. Med. Woch., 1 gen. — HARMS e GRUENWALD. Pneumotor. artif. doppio. — ZERNIK. Sintomatologia degli stati ipoglicemici. — GANS. Tecnica della puntura della cisterna.

Mediz. Klinik, 1 gen. — L. FISCHER. L'alimento crudo.

Münch. Med. Woch., 1 gen. — BECHER e al. L'acido rodanidrico nel sangue.

Wien. Klin. Woch., 1 gen. — DENK. Lotta contro il cancro. — 8 gen. STRANSKY. Direttive dell'igiene psichica.

Journ. Trop. Med. a. Hyg., 1 e 15 gen. — C. LANE. Case e malaria.

Brit. Med. Journ., 2 gen. — A. E. SANDERSON. Trattam. della dismenorrea con l'esercizio. — *Id.*, 9 gen. K. WALKER. Climaterio maschile. — C. P. SYMONDS. Idrocefalo otitico.

Paris Méd., 2 gen. — Numero sulla tbc.

Journ. de Méd. de Lyon, 5 gen. — J. CHALIEE e ROUGIER. La difterite dei vaccinati.

Med. Welt, 2 gen. — R. OTTO. Allergia, anafilassi e idiosincrasia. — A. WALLGREN. Epatite epidemica (ittero catarrale).

Presse Méd., 6 gen. — C. LAUBRY e E. DOUMER. L'ipotensione ortostatica. — Id., 9 gen. L. BINET e M. I. STRUMZA. Il carotene e sua funzione emopoietica.

Practitioner, gen. — Numero sulle malattie infettive.

Mediz. Welt, 9 gen. — A. CARREL. Le nuove dottrine cellulari. — S. BETTMANN. Il problema dell'eczema.

Med Klinik, 8 gen. — E BÜRGI. Soggetti tonici e atonici. — W. DAVID. Progressi della dietoterapia delle malattie interne.

Acta Med. Scand., I-III. — L. ABRAMSON. L'acloridria nell'ulcera gastr. e duoden. — A. DE BESCHE. Azioni allergiche. — A. FÖLLING. Per l'utilizzaz. della cellulosa lignea da parte dell'uomo. — N. SVARTZ. Pancreatite recidivante e infezione. — N. BIÖRN-HANSEN. L'infezione focale. — Supplem. XL, B. STRAUDELL. L'anemia perniciosa. — Supplem. XLI. H. LUBLIN. Sequele di gastroenterostomie e gastrectomie.

Pediatria, 1 gen. — I. NASSO. Allergia nell'infezione tbc.

Rass. Cl.-Scientif., 15 gen. — R. JEMMA. La sifilide ereditaria. — G. DI GUGLIELMO. Classificaz. delle leucosi.

Wien. Klin. Woch., 15 gen. — J. WAGNER JAUREGG. Dosamento della malaria d'inoculaz.

Presse Méd., 13 gen. — ANDRÉ-THOMAS e C. KUDELSKI. Sindrome della catena simpatica lombare.

Ann. di Cl. Med. e di Med. Sperim., III. — B.

Vasile. Sulla possibilità di differenziare il bac. di Bang. — L. Giuffrè. La dottrina di Ippocrate.

Giorn. Ven. di Sc. Med., dic. — A. Chiasserini. Simpatectomie toraco-cervicali e lombari.

Rif. Med., 9 gen. — H. A. Dias. La colica duodenale. — E. Frola. Autovaccinoterapia nelle sindromi asmatiche.

Klin. Woch., 9 gen. — F. Henke e M. Silberberg. La dottrina dell'infiammaz. — F. Schellong. Ipotensione sanguigna dopo l'attività fisica.

Amer. Journ. Med. Sciences, gen. — C. H. Greene. Il metabolismo nel morbo di Addison. — W. D. Strond e al. La fibrillazione auricolare. — R. H. Major. Fattori chimici nella pressione del sangue.

Lancet, 16 gen. — C. M. Hinds-Howell. Effetti del trauma sul sist. nerv. centr. — J. M. Vaughan. Trattamento delle anemie.

Brit. Med. Journ., 16 gen. — R. Cruchet. Trattamento delle malattie neurotrope.

Arch. Mal. App. Digestif ecc., dic. — Chiray e al. La lipasi pancreatica nel sangue.

Münch. Med. Woch., 15 gen. — Schwab. Localizzaz. del centro del sonno. — Bienstork. L'ipertonia quale tossicosi cronica allergica.

Semana Méd., 31 dic. — M. Acuña e A. Casaubón. Le nefropatie nell'infanzia. — R. F. Vaccarezza e C. Floriani. Malattia serica mortale. — M. Jolevich. Glucosio-insulinoterapia nell'insufficienza cardiaca.

Riv. San. Sicil., 1 gen. — S. La Franca. L'insufficienza cardiaca primitiva. Miocardia.

Gazz. d. Osp. e d. Cl., 10 gen. — G. Norsa. Gangrene e radioterapia.

Bruxelles-Méd., 17 gen. — F. De Beule e al. La stasi duodenale cron.

Paris Méd., 16 gen. — Numero di dermatologia.

Mediz. Klinik, 16 gen. — Severin. Diatesi urica. — Ruge. Il cosidetto ittero catarrale.

Rif. Med., 16 gen. — G. Lami. Avvelenam. acuto da anilina.

Arch. It. di Anat. e Istol. Pat., nov.-dic. — A. Robles. Ultravirus tbc. umano. — G. S. Donati. Genesi dell'ulcera gastr. — A. Ascoli. Processi biologici dei processi infiammatori.

Journal A. M. A., 2 gen. — V. C. David e C. A. Lauer. Stenosi del retto. — G. E. Pfahler e J. H. Vastini. Trattam. del cancro del labbro. — E. W. Ryerson. Paralisi spastica cerebrale nei bambini.

Klin. Woch., 16 gen. — H. Herxheimer. Cuore e attività fisica. — A. Reiter. Nutrizione e riproduzione.

Nutrition, 6. — Numero monografico sugli stimolanti dell'appetito.

Arch. di Pat. e Cl. Med., dic. — G. Bondi. Proprietà fisiche dei glob. rossi. — F. Conti. Regolaz. dell'equilibrio elettrolitico del sangue negli ammalati di fegato.

Scalpel, 16 gen. — P. Govaerts. Esploraz. della funzione renale.

Semana Méd., 17 gen. — R. Schwartz. Trattam. dell'aborto. — A. Cordioviola. Sifilide da trasfus. di sangue.

Münch. Med. Woch., 22 gen. — Kämmerer. Ingrossamenti cronici della milza. — Wichmann. Svenimenti. — Teichmann. Narcosi avertinica nel tetano.

Proc. R. Soc. Med., gen. — Discussione sulla dispepsia nervosa. Casistica.

Paris Méd., 23 gen. — P. Carnot e E. Libert. La prova clinica dell'istamina.

Journ. Méd. Franç., dic. — Numero sulla sieroterapia.

Indice alfabetico per materie.

C. Frugoni, Red. capo. A. Pozzi, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XXXIX   Roma, 18 Aprile 1932 - X   Num. 16

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LEZIONI.

Clinica Medica Generale della R. Università di Roma.

Mediastinite tubercolare o neoplastica? (1)

Prof. C. FRUGONI, direttore

LEZIONE CLINICA raccolta dal Prof. V. SCIMONE.

L'ammalata che oggi vi presento, se pure non ci consentirà di arrivare ad una conclusione diagnostica sicura, ci permette però la dimostrazione di una numerosa serie di sintomi molto importanti ed una discussione diagnostica delle più delicate in un campo che nella pratica frequentemente potrete osservare.

La nostra paziente ha 62 anni ed è domestica da Mandria. Non ha alcunchè di importante nel gentilizio, nè nei precedenti fisiologici e morbosi, se si eccettuano i comuni esantemi dell'infanzia, la pertosse, un tifo di cui fu sofferente a 34 anni e che decorse regolarmente, ed un flemmone eresipelatoso alla mano ed all'avambraccio di S. di cui fu operata nel 1918.

La malattia attuale si collega nel suo inizio con una forma insorta nel Febbraio 1926. Dopo un raffreddamento piuttosto intenso, la paziente notò l'insorgere d'un dolore non molto vivo in corrispondenza dell'emitorace S., che in poche ore andò progressivamente aumentando, aveva un carattere nettamente respiratorio — aumentava per es. durante la inspirazione — ed in seguito si estese anche all'emitorace D. Ebbe anche elevazioni termiche non molto accentuate, poca tosse, un po' di dispnea. Tenne il letto per 3 giorni, dopo dei quali riprese le sue occupazioni, ma non ritrovò più la completa efficienza fisica, poichè continuarono malessere, astenia, leggera dispnea e una dolenzia persistente al torace, specie a D., che nelle profonde inspirazioni raggiungeva il grado di vero dolore. Nel maggio del 1926 sofferse intercorrentemente di una manifestazione a tipo eresipelaceo, presto guarita, al piede D. Ed intanto essendosi man mano sempre più accentuati i disturbi a carico dell'apparato respiratorio dovette abbandonare il lavoro e tenere il letto per un mese.

Aveva tosse, ambascia respiratoria continua, febbre serotina e per tali condizioni dovè essere ricoverata in ospedale dove entrava

(1) Lezione tenuta a Padova nell'anno scolastico 1929-30.

nel dicembre 1926 in reparto medico e da qui, constatata ad una puntura esplorativa presenza di pus nella cavità pleurica, veniva trasferita in un turno chirurgico. Il chirurgo però non credette di intervenire con operazioni cruente e provvide con toracentesi a ripetuti svuotamenti di liquido purulento; liquido che un giorno, a detta dell'ammalata, veniva contemporaneamente emesso cogli stessi caratteri, a boccate, in quantità discreta, attraverso colpi di tosse. Il liquido aveva un sapore dolciastro e l'episodio si svolse come una vera e propria vomica. Lo stesso fenomeno si ripetè il giorno appresso dopo di che vomica non si è più ripresentata. Nel marzo successivo ai sintomi già accennati, altri, di un tipo tutto nuovo, si vennero aggiungendo: l'ammalata cominciò a notare un modico grado di edema sia agli arti superiori che al volto dove era particolarmente evidente alle palpebre tanto da esserne impedita l'apertura per qualche ora del giorno. Contemporaneamente il volto si fece cianotico, paonazzo, e sulla cute del capo, del collo, della parte alta del tronco, delle braccia, cominciò a rendersi più evidente il reticolo venoso. E i due gruppi di sintomi ora ricordati sono andati così progressivamente accentuandosi fino ad ora, sì che l'ammalata ci è stata pochi giorni fa cortesemente trasferita da un turno medico nelle condizioni in cui voi la vedete. Voi osservate un soggetto brachitipo, che tiene decubito ortopnoico ed in cui già all'ispezione, all'esame generale, si raccolgono numerosi sintomi importanti. La facies è cianotica con una tinta che tende al paonazzo alle labbra ed alle guancie. Si nota inoltre cianosi delle mani e della parte superiore del torace.

Ma quello che più risalta è l'edema intenso, gelatinoso del volto, delle spalle, degli arti superiori, cosicchè nell'insieme si ha il quadro quasi completo dell'edema a pellerina. Voi vedete anche come quest'edema è più intenso all'avambraccio di destra e meno alle mani: questo perchè l'ammalata giace un po' ripiegata verso destra colle mani rialzate. Altro fatto che subito colpisce è lo sviluppo del reticolo venoso: voi vedete come le vene superficiali degli arti superiori, del volto, del collo e del dorso, spiccano tumefatte e violacee, anche attraverso l'edema; e non solo le maggiori, ma anche le più piccole, quelle di cui normalmente non si nota l'esistenza. Al tronco voi osservate anche tumefatte le vene superficiali più della metà destra che della sinistra, e voi vedete come risalta la mammaria la quale con un andamento serpiginoso va ad anastomizzarsi coll'epigastrica. Se io ricorro alla solita manovra dello svuotamento colla pressione digitale della vena e del successivo riempimento rilasciando il capo venoso ora a monte, ora a valle del tratto vuoto, onde determinare la direzione della corrente, possiamo facilmente stabilire che, mentre nella parte alta del corpo la direzione si conserva normale, nella mammaria essa è invertita. E quello che colpisce ancora è questo contrasto fra arti superiori ed inferiori, fra il terzo superiore ed il rimanente del corpo: tanto edema, tanta tumefazione in alto; asciutti, magri gli arti inferiori e la parte più bassa del tronco. La pelle è succulenta nelle regioni edematose, distesa notevolmente, mentre nel rimanente del corpo è di turgore e di umidità normale, elastica, ben sollevabile in pliche. Al polso di sinistra tre cicatrici lineari per pregresso intervento chirurgico; non alterazioni alle unghie; radi i peli sia al cuoio capelluto che alle sopraciglia. A carico del sistema ghiandolare si notano piccole ghiandole alle regioni latero-cervicali ed a destra, nella regione sopraclaveare, è evidente sia all'ispezione che alla palpazione una ghiandola della grandezza di una mandorla, dura, con superficie liscia, indolente, mobile sui piani sopra e sottostanti. Masse muscolari ipotoniche ed ipotrofiche. Polso di frequenza 94, ampio, pieno, ritmico, tendente al celere, sincrono ed eguale nei due lati, non polso paradosso. Respiro di frequenza: 21. Pressione arteriosa: Mx = 160, Mn = 80.

E per essere breve col rimanente dell'esame obbiettivo vi dirò che, oltre il detto, nulla altro si rileva di particolare al capo ed al collo, mentre il maggior numero di sintomi obbiettivi si ha al torace, che, voi lo vedete, ha evidenti note di rachitismo con una tendenza a quella forma particolare di torace che vien detto carenato.

Il respiro è a tipo costale superiore. L'emitorace destro è più retratto, specie posteriormente ed in basso, di quello sinistro, ed anche la sua espansione durante gli atti respiratorii è notevolmente ridotta. Il fremito toraco-vocale è aumentato a destra anteriormente e superiormente, mentre è ridotto posteriormente, specie in basso. Alla percussione a sinistra leggera iperfonesi ed all'ascoltazione segni di enfisema polmonare, mentre a destra alla percussione si ha anteriormente suono chiaro, eccetto che nella regione sopraclaveare dove si ha netta ipofonesi; posteriormente, marcata ipofonesi alla regione sopraspinosa, cui segue, separata da una striscia di suono chiaro, altra ipofonesi a cominciare dalla quarta costa, che va diventando sempre più marcata fino ad essere un'ottusità resistente al terzo inferiore dell'emitorace. Manca la risonanza tracheale sia alla percussione sternale che vertebrale, nè esistono sintomi percussori cavitari. La colonna vertebrale ha risonanza chiara eccetto che in corrispondenza delle 2 ultime vertebre dorsali; non c'è triangolo paravertebrale di Grocco. All'ascoltazione a destra, anteriormente, si ha respiro normale; posteriormente invece respiro scarso nel terzo superiore; soffio bron-

chiale nettamente tubarico, aspro intenso, dove si ha anche intensa broncofonia; silenzio respiratorio in basso. Per quanto riguarda il centro circolatorio nulla si rileva di particolare; notate però come l'ottusità cardiaca si continui in alto ed un po' anche lateralmente, con questa zona di marcata ipofonesi che occupa tutta la parte centrale del torace. All'addome da rilevare unicamente il fegato debordante 3 dita trasverse oltre l'arco costale con margine regolare, superficie liscia, consistenza leggermente aumentata. Nulla agli arti oltre l'edema di cui abbiamo detto.

Gli esami speciali hanno dato: nulla di particolare l'esame delle urine. Esame emocromocitometrico: emoglobina 0,60; globuli rossi 3.830.000; globuli bianchi 8000; granulociti neutrofili 76; eosinofili 2; monociti 3; linfociti 19; Cutireazione alla tubercolina: positiva. Reazione di Wassermann: negativa. Esame dell'espettorato: negativo per il bacillo di Koch.

E l'esame radiografico ha dato: opacamento omogeneo della base polmonare di D. di origine pleurica. L'imagine non si modifica variando la posizione dell'ammalata; non ha superiormente limiti netti e si confonde con una ombra ilàre e mediastinica densa, compatta, ed alquanto convessa nella regione ilàre; infiltrazione mediastinica meno diffusa si ha pure a S., dove l'ombra si confonde superiormente con l'arco aortico; segni di fibrosi all'apice D.; qualche addensamento di tipo parenchimale alla regione sottoilare S.

Questi in breve i dati principali su cui noi dobbiamo discutere per arrivare alla diagnosi. E vediamo intanto come interpretare alcuni dati della storia della nostra ammalata. Per quello che, diciamo, fu la prima parte della malattia, le cose sono relativamente semplici: dopo un periodo di dolori localizzati alle due metà del torace si ordì una sindrome respiratoria la quale portò alla constatazione di un empiema. Per quanto riguarda la natura di quest'empiema io mi limito a poche parole di commento poichè l'argomento vi è già famigliare, avendone poco fa diffusamente parlato a proposito di un altro caso di empiema tubercolare (1). A differenza però di quel caso, ove come ricordate la forma si iniziò bruscamente, in modo — direi — drammatico, qui invece la forma iniziò ed evolvette lentamente e subdolamente, e voi avete visto quanto tempo decorse prima che la puntura esplorativa portasse all'affermazione di una forma empiematica.

Empiema tubercolare o di altra natura? È evidente che qui è più che probabile la forma tubercolare, in quanto manca la nozione di quelle malattie od infezioni che noi sappiamo possono portare al costituirsi di una pleurite purulenta; d'altra parte la lentezza del decorso, la grande tollerabilità da parte dell'ammalata, il tipo della lieve temperatura, il trattamento terapeutico istituito dal chirurgo il quale si limitò unicamente a praticare delle toracentesi, sono tutti argomenti che portano all'affermazione della natura specifica dell'empiema, con cui non contrasta la vomica che l'ammalata presentò durante il soggiorno in ospedale.

A questa prima fase di malattia in cui, ripeto, tutto è relativamente chiaro per quanto riguarda tipo e natura di forma morbosa, un altro ne succedette, che è quello stesso cui noi ora presenziamo e nel quale predominano la dispnea, la cianosi e il turgore della metà superiore del tronco.

Sintomi cioè che si possono tutti raggruppare in due tipi: circolatorii e respiratorii.

Ma prima di passare all'esame dettagliato di questi sintomi un'affermazione noi possiamo già fare dall'esame della nostra ammalata, e cioè che ci troviamo in presenza di una sindrome mediastinica. Difatti i sintomi respiratorii e circolatorii devono certo trovare la loro spiegazione in un'affezione del mediastino, oltre che in un'affezione dell'emitorace di D.; d'altra parte il dato di un'ottusità in corrispondenza della regione sternale addossata all'ottusità cardiaca, che abbiamo visto e dettagliatamente constatato anche all'esame radiologico, ci porta senz'altro all'affermazione che qui vi è un qualche cosa che ingombra il corridoio mediastinico, pure se qui la sindrome mediastinica non è tra le più fiorite di sintomi in quanto mancano i fatti nervosi e cioè quelli da stimolazione o paralisi, per es., del simpatico, quali l'esoftalmo, le alterazioni della pupilla, le alterazioni vasali; quelli da irritazione o paralisi vagale che si riflettono principalmente sul contegno del polso e dello stomaco; quelli a carico del ricorrente che portano alla lesione delle corde vocali e quindi ad alterazioni della voce, ecc. Mancano anche i fenomeni esofagei che si esprimono fra l'altro con fatti di disfagia da stenosi *ab extrinseco*, specie nelle affezioni del mediastino superiore, e mancano i fenomeni tracheali di cui è esponente la deviazione laterale dell'organo, o la sua fissità, come pure i sintomi che si possono raccogliere, come voi sapete, coll'ascoltazione orale percuotendo sullo sterno o sulla colonna vertebrale (Frugoni). Mancano infine i fenomeni cardiaci quali i rientramenti plurisistolici, il collasso delle vene al collo; nè ancora si trovano sintomi arteriosi quali il polso differente o il polso paradosso. E poichè siamo ad elencare sintomi mediastinici, vi ricordo ancora un altro sintomo, anche esso qui assente: la compressione del dotto toracico che invece del tutto recentemente abbiamo osservato in un caso di me-

---

(1) C. FRUGONI. *Empiema tubercolare.* Giornale dell'Alto Adige, 1930.

diastinite e che portava ad una stasi linfatica generale con versamento chiloso nel peritoneo e nella pleura.

Di tutta la ricca fioritura di sintomi che le affezioni mediastiniche possono dare a carico dei numerosi e delicati organi che decorrono nel corridoio mediastinico, e che sono interessati or questo or quello a seconda della sede in cui la lesione morbosa maggiormente estrinseca la sua azione invasiva o compressiva, qui abbiamo anzitutto e principalmente i circolatorii venosi di cui sono espressione e l'edema e il turgore delle vene.

Nel nostro caso infatti l'edema è indubbiamente di origine circolatoria e più precisamente venosa. Poichè qui non può trattarsi nè di un edema cardiaco in quanto non ha affatto la distribuzione che voi sapete essere propria degli edemi di questo tipo, i quali si dispongono prevalentemente secondo le leggi della meccanica e quindi nelle parti più declivi del corpo (arti inferiori, regione lombosacrale, ecc.); in quanto manca fegato da stasi e in quanto non v'è nulla al centro circolatorio che possa giustificare uno stato di insufficienza cardiaca.

Nè si può qui pensare ad edemi di origine renale, dato anzitutto l'integrità della funzione renale e dato il tipo e la distribuzione dell'edema stesso. Qui abbiamo un edema localizzato, segmentario possiamo dire, che data la sua fissità, la sua estensione, la cronicità, non può certo farci pensare all'edema angionevrotico di Quinke. Nè certo si può qui alludere ad un trofoedema cronico di Meige, nè ad un edema da empiema necessitatis il quale non ha nè questo carattere, nè questa estensione dacchè sarebbe cioè limitato unicamente alla parete dell'emitorace in cui esiste l'empiema; sapendo d'altra parte che ciò si verifica con molta evidenza almeno più negli empiemi da germi comuni che non in quelli tubercolari, benchè anche in questi possa formarsi edema della parete, ma in questo caso dovuto ad un ascesso freddo che tende a superficializzarsi, e che talora può formarsi in seguito a trapianto di germi tubercolari trasportati dall'ago per una puntura esplorativa, per cui si formano nello spessore dei tessuti molli degli ascessi freddi di volume più o meno notevole.

Ed allora se possiamo escludere con relativa tranquillità tutti quanti gli edemi sopradetti, nel nostro caso bisogna mettere in rapporto l'edema con lo sviluppo così notevole delle vene superficiali che vi ho dinanzi mostrato, e quindi interpretarlo come un edema di origine circolatoria: edema da stasi, del quale ha anche il carattere di modificarsi colla posizione che l'ammalata dà ai suoi arti. E poichè d'altra parte tale edema noi troviamo a carico della metà superiore del corpo, e anche l'ectasìa venosa figura in alto, dobbiamo nel territorio della cava superiore trovare la causa di tanta stasi e di tanto edema. E poichè i fatti sono bilaterali, anzi generalizzati alla metà superiore del corpo, dobbiamo senz'altro pensare che l'ostacolo circolatorio s'indovi proprio nel decorso della cava stessa; affermazione che potevamo senz'altro fare considerando il tipo di edema che dagli AA. è stato consacrato col nome di edema a pellerina e che si sa comparire in casi di occlusione della cava superiore.

Di qui consegue una serie di interrogativi per stabilire in che punto della cava esiste l'ostacolo, di che grado esso è, che tipo di ostacolo, e di che natura, se intrinseco o estrinseco, ecc.

Noi abbiamo elementi semeiologici sufficienti per potere in generale con abbastanza sicurezza localizzare il tratto in cui la stenosi si ordisce. Per ben rendersi conto di essi bisogna che io richiami brevemente delle nozioni anatomiche. Voi sapete che la vena cava superiore che raccoglie il sangue di quasi tutta la metà superiore del corpo, ha un decorso di soli 4 o 5 cm., e decorre in parte extrapericardica ed in parte intrapericardica. Voi sapete anche che affluente della vena cava superiore è l'azigos la quale sbocca proprio al limite delle due porzioni suddette della cava, ed ha origine nella cavità addominale ove comunica con le lombari e si porta su lungo la colonna vertebrale e raccoglie il sangue delle intercostali, ecc.

Ora nelle occlusioni della vena cava superiore possono darsi 3 condizioni:

1) casi in cui l'ostacolo si trova nella porzione extrapericardica, quindi al disopra dello sbocco dell'azigos che rimane libero;

2) casi in cui l'ostacolo è nella porzione intrapericardica, al disotto dello sbocco dell'azigos senza che anche in questo caso esso sia compromesso;

3) casi in cui l'occlusione della cava è tale che involge anche lo sbocco dell'azigos.

Ed allora da questo schema voi vedete che diverse sono le condizioni nei tre casi per le vie supplementari circolatorie che si possono allora stabilire. Nel 1° caso (ostacolo nella porzione extrapericardica e quindi sopra lo sbocco dell'azigos) l'azigos attraverso le intercostali raccoglierà il sangue della parte superiore del corpo e lo veicolerà nella cava al disotto del punto occluso, sopperendo così con la sua dilatazione al grave disturbo circolatorio, mentre nell'azigos stessa la corrente conserverà la direzione normale.

Nel 2° caso (ostacolo al disotto dello sbocco dell'azigos con integrità dello sbocco stesso) il sangue non potrà più arrivare al cuore destro se non attraverso la cava inferiore; ed allora l'azigos riceverà il sangue, come di norma, dalle intercostali ed in più dalla cava superiore (porzione extra-pericardica) e, seguen-

do una direzione di corrente inversa, lo porterà in basso verso il plesso lombare per scaricarlo attraverso le numerose anastomosi nel sistema della cava inferiore.

Nel 3° caso in cui si ha l'occlusione completa della cava superiore e quindi dello sbocco dell'azigos, le cose hanno un andamento più grave in quanto l'azigos non può più esercitare la sua funzione di grande via anastomotica e di scarico supplementare. È in questo caso più particolarmente, oltre, s'intende, che negli altri due, che entrano in azione tutte le altre vie anastomotiche superficiali e profonde, ed è quindi in questo caso che più particolarmente vedremo pronunciata la larga rete venosa sul torace e sull'addome.

Le vie anastomotiche che entrano in azione fra i due sistemi delle cave, voi le conoscete, sono le anastomosi cava-cava e le anastomosi fra porta e cava superiore e porta e cava inferiore. Alle prime appartengono le vene diaframmatiche (le superiori tributarie della cava-superiore, le inferiori tributarie della cava-inferiore); le vene rachidiene esterne ed interne; le vene lombari che comunicano in alto colla azigos ed in basso colle iliache; ed infine le vene della parete addominale: le epigastriche, le lombari, le pudende esterne, le circonflesse-iliache (cava inferiore), che si anastomizzano con le mammarie interne, le toraciche lunghe, le intercostali (cava superiore): importante particolarmente quest'ultimo gruppo in quanto essendo costituito da vene superficiali rappresenta col suo sviluppo anormale uno dei sintomi più precoci ed appariscenti dell'ostacolato circolo.

E infine le anastomosi porta-cave che voi conoscete attraverso i casi di cirrosi epatica da me presentativi e costituite principalmente dalle esofagee, coronarie stomaciche, emorroidarie, sistema portorenale, gruppo del legamento sospensore, ecc.

Ho voluto ricordarvi brevemente queste nozioni anatomiche e le relative possibilità cliniche per dirvi che in generale in caso di occlusione della cava superiore, quando pervio rimane lo sbocco dell'azigos, quindi nelle occlusioni parziali intra- od extra-pericardiche, specie se l'occlusione avviene molto lentamente, si stabiliscono attraverso l'azigos tali vie anastomotiche sufficienti non solo a mantenere la vita, ma a far sì che segni di occlusione (edema, turgore venoso, cianosi, ecc.) non si diano o che se — come talora avviene — si hanno in un primo momento, possano più tardi scomparire di mano in mano che le vie anastomotiche vanno dilatandosi; donde altresì il corollario pratico che la mancanza di segni di stasi venosa non esclude che vi sia a livello della cava un ostacolo circolatorio.

Nei casi invece — e sono i più frequenti — in cui l'occlusione della cava è totale e comprende quindi anche lo sbocco dell'azigos, la sintomatologia è molto più ricca in quanto che, oltre che il profondo, anche il circolo superficiale deve entrare in attività onde supplire all'ostacolo. Nella nostra ammalata noi non faremo grande fatica a riconoscere il quadro di quest'ultimo tipo: abbiamo in pieno infatti la sintomatologia dell'occlusione: qui edema intenso, cianosi, distensione di tutte le vene della parte alta del corpo e non solo di quelle di un certo calibro, ma anche di quelle che sono ordinariamente le meno evidenti; qui pronunciate le vie anastomotiche superficiali che si possono seguire dal torace all'addome con una direzione di corrente dall'alto in basso; in una parola quadro tipico e completo che attraverso tanto tempo di decorso si è andato sempre più accentuando anzichè attenuarsi, il che ci fa ammettere senz'altro la presenza di un'occlusione totale e stabile della cava superiore.

Se tipico e completo il quadro, però voglio dirvi subito che non è dei più gravi in quanto talora l'edema può essere più cospicuo di questo e portare alla forma di collo così detto proconsolare, mentre la stasi venosa può dare esoftalmo, chemosi talora, sintomi cerebrali (sonnolenza, sopore, ecc.), dispnea molto intense, idrotorace bilaterale, ecc.).

Dunque occlusione totale della cava superiore; da causa intrinseca od estrinseca? Che l'occlusione della cava possa essere determinata da flebite per es., per propagazione di un processo infiammatorio dalle vene del collo, è cosa nota in letteratura, come pure dal Banti è stato descritto un caso di endoflebite primitiva specifica. Però nel nostro caso non possiamo veramente concepire primitiva la forma venosa quando tutt'intorno alla cava, nel mediastino, nella pleura, nel polmone, nelle ghiandole è una fioritura di sintomi di un quadro morboso di cui molto probabilmente l'occlusione venosa fa parte. È più semplice e più logico quindi pensare che se la vena è occlusa, lo è per un agente estrinseco che ha determinato schiacciamento e forse anche trombosi del vaso.

Quale questo agente? Bisogna evidentemente passare in rassegna tutte le forme che più abitualmente sono responsabili delle sindromi mediastiniche, e quindi vedere quale rapporto possa esservi fra la lesione mediastinica e quella toracica ove, in breve, si può dire essere evidenti i segni della malattia che l'inferma ha precedentemente sofferto, cioè dell'empiema tubercolare.

Voi sapete che dinanzi ad una sindrome mediastinica compressiva bisogna pensare in linea generale nel bambino sopratutto a fatti linfoghiandolari, nell'adulto sopratutto a cau-

se vasali — aneurismi —, e nei vecchi invece sopratutto a forme neoplastiche. Data l'età della paziente la prima cosa che qui bisogna prospettare è la neoplasia, che, data la mancanza di localizzazioni neoplastiche in altre sedi, dovrebbe o potrebbe essere primitiva, e data la sintomatologia toracica, pleuro-polmonare. Però la neoplasia pleurica suol dare un versamento emorragico; non darebbe il soffio tubarico ed i rumori che noi ascoltiamo nella nostra ammalata, la quale d'altra parte non ha presentato mai espettorato emorragico come nelle neoplasie polmonari si dà. D'altra parte la nostra ammalata ha avuto sicuramente un empiema; ha ora febbre, e i tumori sono raramente febbrili. E sappiamo che in corso di malattia è aumentata di 9 kg. (troppi per essere spiegati solo con l'edema della metà superiore del corpo) il che nei tumori non avviene; ed il reperto radiografico infine non depone per la forma neoplastica.

Ma vi ho fatto notare come l'inferma presenti una grossa ghiandola alla regione sopraclavicolare D., la quale non contrae aderenza coi tessuti circostanti ed è dura ed indolente. È un sintoma di neoplasia? Se fosse a S. potremmo pensare che stesse a rappresentare il sintoma di Troisier, il quale — voi sapete — benchè raro, quando presente è un sintoma prezioso in quanto indica una metastasi neoplastica da neoplasie addominali, specialmente dello stomaco, che si localizza nelle ghiandole della regione sopraclaveare S., in quanto le cellule neoplastiche, veicolate lungo il dotto toracico, raggiungono le sedi ghiandolari nel punto di sbocco del dotto stesso nella succlavia. Non bisogna cadere però in facili affermazioni che potrebbero portare a delle deduzioni sbagliate; bisogna ricordare fra le cause di errore nel rilievo del fenomeno la possibilità di una costa cervicale la quale dia un reperto palpatorio che può talora trarre in inganno; come pure la possibilità che l'adenopatia stia a rappresentare una lesione di tutt'altra natura, come a me occorse al principio della mia carriera professionale, quando in presenza di un individuo con spiccata dispepsia, grave anemia, deperimento notevole ed adenopatia sopraclaveare S. pensai senz'altro ad una forma neoplastica, mentre poi a poco a poco i fatti gastrici (dispepsia specifica) svanirono e l'adenopatia si mostrò di natura tubercolare.

Dato il meccanismo con cui l'adenopatia nelle forme neoplastiche addominali si costituisce, è evidente che essa deve essere monolaterale e S.; la bilateralità o la localizzazione D. tolgono naturalmente il valore, direi, patognomonico del genuino sintoma di Troisier. Però mi piace ricordarvi un'altra rara causa di errore che mi è occorso, a questo proposito, di osservare in una signora la quale per riparare ai danni dell'età si era fatta introdurre per via sottocutanea al volto, a scopo cosmetico, della paraffina, la quale si era poi invece raccolta sotto forma di due masse solide e rotonde nelle regioni sopraclavicolari dando l'impressione di un Troisier bilaterale!

Qui evidentemente, data la sede della ghiandola, non possiamo parlare di segno di Troisier nel senso classico della parola, però dobbiamo lo stesso discutere se questa ghiandola rappresenti o meno una localizzazione neoplastica o tubercolare. Voi sapete che le ghiandole sopraclaveari ricevono i linfatici anche dalla pleura, tanto che il Sergent richiamò l'attenzione sulle adenopatie sopraclavicolari in caso di affezioni, anche iniziali, pleuro-polmonari specifiche. Nel nostro caso la ghiandola potrebbe essere l'espressione di una complicazione per trapianto di natura tubercolare o neoplastica in funzione della corrispondente lesione pleuro-polmonare. E dato che l'ammalata ha sofferto di empiema tubercolare, sembra più semplice e più logico pensare che l'adenopatia sopraclavicolare sia di natura specifica anche se non c'è periadenite, e se la sua consistenza è maggiore di quella che siamo usi ad osservare in questi tipi di adenopatia, forse per fibro-sclerosi della ghiandola stessa. Ma affermazioni sicure non si possono fare, e noi siamo costretti a fare riserve — specie per la grande durezza — e rimanere nel dubbio, così come dovremo probabilmente rimanere incerti sulla vera natura delle rimanenti lesioni.

E allora se la neoplasia pleuro-polmonare è, se non da escludere, da ritenere per tante ragioni poco probabile, dobbiamo prendere in considerazione le linfopatie del mediastino.

Noi sappiamo che il mediastino è occupato da un'enorme pleiade di linfoghiandole tracheali, bronchiali, ilari; da una estesa rete linfatica e dal dotto toracico, tanto da poter essere interpretato come un ampio spazio linfatico. Frequentissime quindi sono le linfopatie e i tumori ghiandolari in senso lato che bloccano il mediastino, e voi ricordate infatti nella casistica della nostra Clinica di questo ultimo mese vari casi di leucemìa, e di linfógranuloma axillo-cervico-mediastinico.

Si tratterà quindi di un tumore ghiandolare? di linfosarcoma, di adenoma, di carcinoma? E poichè si è detto che non è ammissibile la forma secondaria dato che non esistono localizzazioni morbose in nessun altro segmento al di fuori del torace, dobbiamo discutere un tumore primitivo.

L'esame obbiettivo non rivela l'ipofonesi o l'ottusità secondo la linea delle linfopatie; esse sono più sviluppate in alto o in basso inserendosi spesso nell'ottusità cardiaca, mentre qui è semplicemente ampliato il blocco di ottusità centrale e in modo uniforme.

D'altra parte le neoplasie ghiandolari presentano un'immagine radiografica speciale,

ben delimitata, mentre già in 2 radiografie, prese alla distanza di un anno, abbiamo sì delle ombre alle regioni ilari, ma con contorno indefinito e sfumato.

Il linfosarcoma dà una massa spessa, con figliazioni e invasioni proliferative periferiche, mentre qui l'ombra non è molto marcata, ed ha il massimo d'intensità alla base dell'emitorace D., dove non rappresenta solo il residuo della pleurite, poichè in tal caso sarebbe stata più notevole nella radiografia di un anno fa. L'ombra poi non ha forma di noduli associati o isolati e vedete inoltre delle zone multiple di calcificazione.

Nelle adenopatìe mediastiniche mali moris poi, i fenomeni di compressione sono ben più intensi.

Potrà allora trattarsi di una linfogranulomatosi o malattia di Sternberg? Dovremo andar cauti nell'esclusione di questa malattia, di cui ho presentato lo scorso anno un caso a tipo axillo-mediastinico, tanto più che i larghi precedenti specifici non escludono il linfogranuloma essendo anzi frequente la contemporaneità delle due forme morbose. È vero che la malata non presenta prurito, nè eosinofilìa, nè polinucleosi relativa e che non ha nè fegato nè milza grossi, ma alle volte tutto questo può mancare; così come se è vero che spesso il linfogranuloma annulla la cutireattività alla tubercolina (Bastai), è altrettanto vero che non si tratta affatto di regole assolute e che voi stessi ricordate casi sicuri e controllati di linfogranuloma di Sternberg con cutireazione alla tubercolina positiva. Ritengo però che questa forma sia egualmente da escludere, perchè il linfogranuloma non suole offrire tanta stazionarietà di lesioni ghiandolari, e perchè la nostra paziente è in preda a una febbricola lieve e insistente, stabile, non a quei periodi febbrili alternati a lunghe ondate, con quei periodi di remissione completa che caratterizzano la vecchia febbre ghiandolare di Ebstein e che possono somigliare alla febbre ricorrente od ondulante; e per di più anche qui il tipo di ottusità e l'immagine radiografica sono assai diversi di quanto nelle forme di Sternberg suole osservarsi. D'altra parte non vi è alcun segno che deponga per sindromi leucemiche o aleucemiche.

Si tratterà allora di una forma timica? Anche questa nella gioventù può causare una sintomatologia mediastinica imponente, e voi ricorderete certamente un bimbo che lo scorso anno fu ricoverato nella nostra Clinica con attacchi soffocativi, in continuo decubito ortopnoico, sorretto da un'alta pila di cuscini, poichè ad ogni più piccolo tentativo di giacere supino — e specie di notte — era colto da una dispnea meccanica soffocativa sì grave, che in uno di questi accessi per poco non perdemmo il malato. Voi ricorderete che egli presentava una ottusità triangolare retrosternale per un tumore alla base del collo che protrudendo in alto dalla fossetta giugulare era benissimo palpabile ed in preda ad un rapidissimo sviluppo. Esso fu ritenuto di origine timica, e, per il rapido decorso, di probabile natura sarcomatosa, e, dati i suoi intimi rapporti colla trachea, già fortemente compressa e deviata, noi fummo assai perplessi se applicare o no la Röntgenterapia, temendo che, per quanto prudentemente applicata, potesse attraverso una possibile fase di reazione, con aumento di volume, soffocare il nostro malato. E quella nostra incertezza giovò al malato, al quale le nostre cure avrebbero forse arrecato danno, poichè spontaneamente e lentamente tutti i fatti sono andati riducendosi, e, da un anno il malato sta perfettamente bene. Ma la sindrome timica è rara nell'adulto in cui l'organo è ridotto a un piccolo residuo; e poi essa dà una sindrome mediastinica alta e superiore, mentre nel nostro caso invece i fatti sono prevalentemente basilari e posteriori.

E allora escludendo ancora le forme rare di cisti da echinococco, di actinomicosi, ecc., va presa in considerazione invece la pericardite.

Essa è spesso di natura specifica, e non di rado il processo diffondendosi coinvolge il mediastino causando una sindrome di mediastino-pericardite adesiva. Qui però mancano per questa forma i varii segni: toni oscuri, rientramenti plurisistolici, colasso diastolico delle vene del collo e tutte quelle minute particolarità obbiettive sulle quali così competentemente ha scritto il Sacconaghi (1). Però se grosse masse connettivali e callose si stabiliscono attorno al pericardio, questi sintomi possono mancare, sì che una pericardite adesiva non può essere esclusa, ma ritenuta fra le logiche possibilità anche se manca la pseudo-cirrosi epatica di origine pericardica che caratterizza la malattia di Pick. Ma nel nostro caso due ultimi problemi vanno affrontati: l'aneurisma aortico e la mediastinite.

L'anuerisma frequentemente provoca la sindrome mediastinica, e, sviluppandosi dalla base dell'aorta, può comprimere e facilmente acquattare le molli pareti della vena cava, ostacolandone la corrente e, col suo continuo sbattimento, anche può provocare fenomeni di trombosi e fatti reattivi con successiva flebite e periflebite, sicchè persino la vena può finire per scomparire in mezzo alla ganga connettivale, ed essere spesso irreperibile anche al tavolo d'autopsia. Ma nella nostra paziente manca ogni ragione o segno di aneurisma: non lue, non differenze fra i due polsi, non Olliver, non Cardarelli, non Grocco. E sopra

(1) Sacconaghi. *La clinica dell'adesione pericardica*. Edit. Luigi Pozzi, Roma.

l'ottusità: non rumori di soffio, non toni vibrati, non fremiti, non abnormi espansioni. Vero è che l'aneurisma dell'aorta in alcuni casi, quando cioè sia saccato e in parte o del tutto coagulato, può costituire una massa pseudo-tumorale dura, solida, molto simile ai tumori mediastinici, e che Sergent e Dieulafoy hanno anche descritto casi di aneurisma aortico associato a mediastinite cronica luetica che soffocava e mascherava con la massa sclero-gommosa tutti i segni del primo. In un paziente di Dieulafoy anzi la cura specifica potè talmente migliorare la mediastinite, da render palese l'aneurisma sottostante. Qualche rara volta invece l'aneurisma dell'aorta si rompe nella vena cava, e allora compare una gravissima sintomatologia e si presenta un netto polso venoso positivo e una particolare sintomatologia ascoltatoria. Ma qui all'esame radiografico mancano la forma e le pulsazioni dell'aneurisma, e inoltre, anzichè aversi una fenomenologia progressiva, qui i sintomi sono rimasti stazionarii e non hanno alcun tipo arterioso.

E allora abbandonando il campo aortico, entriamo in quello delle mediastiniti chiedendoci anzitutto se potremo essere nel campo di una mediastinite luetica.

La sifilide, specie la forma ignorata, è spesso responsabile di manifestazioni croniche produttive nel grande spazio linfatico rappresentato dal mediastino con formazione di gomme o con neoformazione di tessuto connettivo cicatriziale, conducendo alla vera mediastinite sclero-gommosa luetica, che, se diagnosticata, concede la guarigione, ma può altrimenti farci perdere i nostri malati.

Io ne ho numerosi casi sott'occhio; uno di questi iniziò con disturbi tipo asma bronchiale, cui seguirono poi attacchi anginoidi e senso di bruciore al torace. All'inizio nulla di positivo convalidava questa sintomatologia soggettiva e i suoi dolori furono interpretati di natura nevrotica, ma più tardi a smentire la diagnosi comparve e s'accentuò un'ipofonesi retro e parasternale, con numerosi rumori aorto-pericardici di Grocco e la radiografia e la Wassermann positiva confermarono la diagnosi di mediastinite luetica, confortata dal gran vantaggio tratto dalle cure specifiche. Ma qui lue non c'è, perchè manca l'anamnesi e ogni segno aortico, la Wassermann è negativa, e le manifestazioni sono sì anche superiori, ma abbiamo fatti notevoli anche alla base di D.

Noi abbiamo affacciato e discusso molte possibilità, ma solo per metodo didattico, perchè altrimenti altra via e più facile avremmo dovuto battere per la diagnosi di natura.

Infatti se tubercolari furono la prima pleurite e l'empiema, non è più semplice e logico pensare che specifico possa esser stato anche tutto il seguito della sintomatologia?

Per quanto riguarda il polmone voi ricordate che l'ammalata presentò una vomica, e poichè non vi furono dati concreti per ammettere un ascesso polmonare, la possiamo pensare dovuta ad un empiema interlobare apertosi attraverso un bronco, e di natura tubercolare, dato anche che l'ammalata ci assicura che il liquido emesso fu eguale a quello estratto colle toracentesi ripetute.

Oggi noi abbiamo soffio bronchiale, ma mancano rantoli gorgoglianti e consonanti, non c'è nessuna variazione nel reperto percussorio e ascoltatorio nelle varie posizioni e sotto i colpi di tosse, e il timbro del soffio non solo non è anforico, ma è esteso a tutta la base: non si tratta quindi di un fatto cavitario, ma di vasta sclerosi polmonare con formazione di una massa connettivale solida nel lobo medio e inferiore, addossata al grosso bronco che ci trasmette il soffio e che ci dà il notevole rinforzo della voce sonora. Abbiamo inoltre gli esiti plastici della precedente pleurite empiematica del grande cavo e dell'interlobo e probabilmente anche pleurite mediastinica affezione quest'ultima, come sapete, di difficile diagnosi.

E allora se tutto sembra poter essere di natura e figliazione specifica occorre determinare la condizione morbosa del mediastino.

Un ascesso freddo di origine periosteale può qualche volta anche arrivare a dar fenomeni di compressione sulla cava, ma questo non è certo probabile nel nostro caso. Potrebbe anche esservi adenopatia specifica o linfopatia del mediastino analoga a quanto si ha alle ascelle e alla sopraclavicolare; ma ad ogni modo non tutto o solo può essere linfopatia. L'esame radiografico infatti ci mostra un opacamento di apparente origine pleurica a contorni regolari e sfumati, che coinvolge l'ombra cardiaca e che si vede distinto dalle linfoghiandole dell'ilo calcificate, sì che può piuttosto discutersi una mediastinite callosa induritiva specifica.

Il mediastino costituisce un corridoio in cui è garantita l'integrità dei numerosi organi che vi sono contenuti o che vi passano, ma tutto questo finchè, per dirla con un'espressione felice del Bergmann, non è compromessa la sua neutralità. A volte infatti esso è occupato da un'estesa essudazione plastica, organizzata, che colle sue travate connettivali avvolge tutto come in un guscio comprimendo, deprimendo, strangolando i vasi, stirando i varii organi e dando così il quadro anatomo-patologico della mediastinite callosa, associata spesso a pericardite adesiva.

E allora a seconda dei varii punti più o meno compromessi, avremo i disturbi più varii, i quadri più diversi: fenomeni di stasi linfatica; fenomeni nervosi a carico del vago, del ricorrente, del simpatico; disfagia e compromissione della trachea; e fenomeni venosi

se la cava (o le vene in genere) è strangolata dal connettivo che si retrae.

Qualche volta si può avere anche endoflebite specifica primaria e noi abbiamo visto il caso descritto dal Banti; ciò è eccezionale in genere invece essendo più frequenti i fenomeni venosi da compressione estrinseca.

La diagnosi talora è facile, ma talaltra difficilissima specie agli inizi. Noi abbiamo visto infatti un caso iniziare con accessi ricorrenti di tipo asmatico e nel quale il sopraggiungere di un certo turgore alle mani e al volto, di uno stato di sonnolenza e apatia, e di particolare sensibilità al freddo, ci aveva fatto pensare all'ipotiroidismo cronico degli adulti. Ma nessun effetto si ebbe dalla terapia tiroidea, mentre la dispnea da saltuaria si fece continua e progressiva, e comparvero rantoli fini e crepitii in tutta l'area toracica, e infine edemi manifesti e ottusità alla percussione. L'esame radiografico, all'inizio negativo, con l'aumentare e l'invecchiare del tessuto connettivo più opaco, permise di confermare poi la diagnosi di mediastinite specifica callosa.

Ma, tornando al nostro caso, data la pleurite purulenta durata oltre un anno, non illogico sembra subordinarvi la mediastinite e la sclerosi fibrosa del polmone e l'adenopatia specifica alla regione sopraclavicolare per diffusione linfatica. Ma tutto non è chiaro: molti sintomi mancano o sono fuori regola. Così per es. manca l'idrotorace che si ha tanto frequentemente quando l'azigos è compressa, il che avviene quando tutta la cava è gravemente compromessa.

Mancano i fenomeni nervosi, quelli a carico della trachea e dell'esofago, organi questi che sfuggono per ora alla compressione, così come vi sfugge il dotto toracico, che, se compromesso, è causa di chilotorace. Manca infine quello che è dato come sintomo principale della mediastino-pericardite callosa: il polso paradosso di Kussmaul che si ha quando la palpazione o la registrazione del polso durante le profonde inspirazioni dimostra un rimpicciolimento o la scomparsa dell'onda, che ricompare o cresce nella successiva espirazione. Molteplici sono le spiegazioni date per questo fenomeno: secondo Kussmaul sarebbero le fimbrie sclerotiche che circondano l'aorta e i grossi tronchi arteriosi, che durante l'inspirazione stirano e strozzano il loro lume. Altre volte esso sarebbe riflesso d'ordine nervoso; in altri casi ancora, dipende dal fatto che, mentre il torace si dilata, l'ingresso dell'aria è ostacolato da una stenosi del tubo respiratorio sì che allora aumenta la pressione negativa intratoracica e aumenta quindi anche la quantità di sangue nel piccolo circolo, mentre meno ne arriva all'aorta e alla periferia.

Nel campo pediatrico infatti comparsa di polso paradosso in corso di croup costituisce per questo indicazione alla tracheotomia. Nella nostra malata probabilmente manca, perchè l'inspirazione è tanto deficiente per la pleurite e sclerosi polmonare D. che non riesce a determinare la necessaria differenza di pressione.

Si afferma non a ragione che polso paradosso e turgore inspiratorio delle vene del collo sono due sintomi sufficienti per la diagnosi di mediastinite e di pericardite, poichè essi non sono che segni di grande presunzione e altresì possono mancare, come mancano nella nostra malata, forse anche per il costante turgore delle vene del collo e per l'ingombro della cava superiore.

La tosse, il catarro poi, la dispnea e i fatti ascoltatorii nel campo respiratorio, che da qualche tempo sono sopravvenuti, possono trovare la loro causa nel fatto che la massa connettivale nella sua progressiva evoluzione va coinvolgendo e compromettendo anche le vene polmonari provocando così la stasi nel piccolo circolo e la comparsa di numerosi rantoli.

Ci sembra così di aver dimostrato che la circolazione nella cava superiore è nella nostra malata abolita probabilmente dallo strozzamento causato da un processo di mediastinite callosa originatosi da propagazione pleurica, senza poter con sicurezza escludere la trombosi venosa possibile, ma per nulla necessaria a spiegare la sintomatologia.

Ma se tutto porta ad interpretare in questo modo il tipo e la natura della lesione del mediastino della nostra malata, sarebbe un grave errore escludere la forma neoplastica riportandoci alle considerazioni dette più sopra, nel qual caso dovremmo ammettere una forma mista, nel senso che la neoplasia si sia venuta ad impiantare su un preesistente processo specifico.

E così ho presentato il caso e ricordato in corso di trattazione numerose incertezze o errori diagnostici, poichè nulla è più utile e istruttivo che ammonire ripetutamente della facilità agli errori e delle gravi difficoltà che continuamente si incontrano nel campo della diagnostica.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE S. GIOVANNI DI DIO - TIVOLI

Contributo clinico ed anatomo-patologico alla casistica dei vasellinomi con speciale riguardo alla localizzazione mammaria.

Breve rivista dell'argomento.

Dott. CARLO COLUCCI, chirurgo primario.

Sono abbastanza numerosi i casi resi noti di questi speciali pseudo-tumori secondari ad iniezioni di sostanze medicamentose sospese o disciolte in olio di vasellina o alla introduzione di sostanze paraffinate per scopi cosmetici. Fra i lavori pubblicati sono molto importanti quelli degli autori italiani che hanno avuto una parte notevolissima nello studio dell'argomento.

Queste neoformazioni hanno particolarità cliniche ed anatomopatologiche proprie che è utile richiamare. Anzitutto la loro comparsa, dopo la iniezione, varia come limiti di tempo da 6 mesi ad uno e più anni (fino a 14, 18 anni). Esse presentano spesso delle poussées a tipo infiammatorio: a volte, dopo essere rimaste per anni stazionari e sotto l'aspetto di noduli isolati, esse si accrescono, confluiscono, prendono o aumentano le aderenze con la cute e con i tessuti sottostanti, restando poi stazionarie nella nuova forma acquisita. Perciò il decorso di queste neoformazioni, che si presenta così caratteristicamente discontinuo, costituisce uno dei punti più oscuri, meravigliando come una sostanza inerte ed inoffensiva per molti individui o rimasta tale per varî anni in altri, o al più formando un piccolo nodulo senza importanza clinica, dia luogo ad un tratto a manifestazioni così importanti, spesso senza causa apparente.

Si è fatto, quindi, appello anzitutto alla impurità del prodotto, supposizione dimostratasi esatta solo in pochi casi; all'esistenza di una infezione latente (Lenormant, Biancheri), ad uno stato di particolare debolezza organica per malattie infettive gravi, con indebolimento dei poteri di riassorbimento (lesioni delle terminazioni vascolari, Nicod); lesioni neurotrofiche e distrofiche; cause traumatiche (Cignozzi), endocrine. Nel mio caso i noduli che la p. presentava alla regione esterna delle coscie si ingrandirono, assunsero aderenze alla cute e si diffusero alla regione interna, in maniera tale da prendere l'aspetto di due piastroni a corazza, simmetrici nei due arti, dopo una serie di bagni termali. I vasellinomi possono presentarsi sotto forma di noduli multipli o di un grosso nodo isolato. Se multipli tendono, come si è detto, ad ingrandirsi e a fondersi, acquistando l'aspetto di una tumefazione a corazza, situata nel connettivo sottocutaneo, di consistenza duro lignea, a limiti irregolari. La massa per lo più non aderisce ai tessuti profondi, ma aderisce intimamente alla cute che presenta il fenomeno della buccia d'arancio ed anche grossolani infossamenti e retrazioni. Si ritrovano anche alterazioni distrofiche cutanee (desquamazione) e discromiche.

In qualche caso tali tumori sono dolorosi; possono, per la loro estensione e per i loro caratteri fisici, provocare ostacolo meccanico ai movimenti, alla circolazione e edemi.

Il decorso può presentare, come si è detto, delle recrudescenze infiammatorie fino alla produzione di veri ascessi; alla apertura di questi si ha fuoriuscita di pus, a volte sterile, misto o no a goccioline di grasso. In un caso di Rose la suppurazione si ebbe dopo un attacco di reumatismo articolare. All'apertura dell'ascesso seguono delle fistole e delle ulcerazioni a lunghissimo decorso, spesso scambiate con ulcerazioni epiteliomatose. Vi può essere, specie in queste condizioni, adenopatia.

In complesso l'aspetto di queste neoformazioni è polimorfo; Barco ne distingue sei forme, alcune delle quali si possono trovare nello stesso caso, in diversi stadi di evoluzione. La diversa forma, a mio parere, può essere anche data dalla sede in cui l'iniezione è stata praticata, cioè se superficiale o profonda, e dalla quantità di olio iniettato. Ed a questo riguardo bisogna distinguere le iniezioni praticate per uso medicamentoso da quelle praticate per uso cosmetico, nel qual caso è facile che maggior quantità di sostanza estranea sia stata introdotta.

Le forme distinte da Barco sono:

1) forma nodulare sottocutanea (mono o polinodulare);

2) forma nodulare profonda, con sviluppo lungo i vasi e i setti intermuscolari;

3) forma a piastrone diffuso, che presenta più spiccati caratteri infiammatori;

4) forma luposa (Favre e Civatte) con lesioni preminenti cutanee;

5) forma suppurata o ulcerata;

6) forma sarcomatoide, nella quale si ha da fare con una forma diffusa a rapido sviluppo.

Biondi raggruppa le varie forme in:

a) forme cistiche;

b) forme nodulari;

c) forme miste nodulo-cistiche;

d) forme ulcerative.

La guarigione spontanea, se avviene, si verifica mediante un intenso processo di sclerosi, con notevoli retrazioni che possono costituire ostacolo non indifferente alla funzione e deformazioni rilevanti, donde il risultato deplorevole in molti casi di iniezioni di paraffina a scopo estetico. Qualche volta si è visto svilupparsi un cancro su di un elaioma; così nel caso di Spitzmüller. Anche nel caso di Schmorl si ebbe sviluppo di un carcinoma mammario nella sede di un paraffinoma della mammella. Rose descrive il caso di una signora che aveva subito 20 anni prima delle iniezioni di paraffina nel seno, a scopo estetico. Presentando una grossa tumefazione, fu operata di amputazione del seno; l'esame istologico dimostrò un adenocarcinoma e, reperto interessante, che nel tessuto neoplastico erano dei piccoli ammassi di paraffina e numerose cellule giganti. L'autore pensa che l'irritazione cronica, prodotta dalla presenza della paraffina, non sia estranea allo sviluppo del tumore.

Altro carattere importante degli elaiomi è quello diffusivo; a volte la diffusione avviene per colata, nei punti declivi, specie quando si tratta di quantità rilevanti di paraffina iniettata per scopi estetici. Più importante, nei casi che più ci interessano, è la diffusione discontinua che può dare l'impressione di metastasi. Per Chiurco è possibile una migrazione in tutti i punti dell'organismo ove si trovi reticolo endoteliale; alcuni (Lenormant e Revaut, Faurè, Civette, Biondi) pensano sia possibile la migrazione per via linfatica nelle linfoghiandole e anche per via venosa in regioni lontane dell'organismo; Cignozzi giustamente pensa che le disposizioni anatomiche delle aponevrosi, data la sede sottocutanea del tumore, ne condizionano la forma e l'estensione. Notevole per la diffusione del processo il caso di Forestier nel quale, dalla regione esterna delle coscie, sede delle iniezioni, le neoformazioni si estesero fino al poplite; nuovi focolai apparirono alla faccia interna delle coscie, nel triangolo di Scarpa e nella regione lombare.

L'aspetto macroscopico del taglio di queste neoformazioni è vario; il colorito tendente al giallastro, a volte biancastro, come quello della cicatrice, può presentare delle punteggiature emorragiche; spesso sono evidenti delle cavità cistiche più o meno grandi, dalle quali si può avere fuoriuscita di sierosità di colore vario, con gocciole di grasso; in qualche caso in alcuni punti si trovano delle concrezioni calcaree, esito del processo di incapsulamento del corpo estraneo; delle strie fibrose si dipartono dal centro del tumore nel grasso circostante, in tutti i sensi, delimitando una grossolana disposizione alveolare. Altre volte l'aspetto del tumore è nettamente cistico, con contenuto oleoso.

Molto interessante è l'aspetto istologico. Esso è caratterizzato da una proliferazione connettivale che può assumere diversi aspetti secondo l'epoca di insorgenza del tumore e dal centro alla periferia di questo.

Se l'insorgenza del tumore è piuttosto recente si trovano all'esame microscopico molte vescicole o piccole cisti, a contenuto oleoso (che potranno presentare quindi, la colorazione caratteristica dell'olio di vasellina in arancione con il blu-nilo). Queste pseudo-cisti possono essere situate in una ganga ialina (Nicod), o suddivise da un reticolo amorfo formato, secondo Biancheri, da correnti di liquidi organici che sarebbero deputate all'assorbimento delle sostanze veicolate dall'olio di vasellina, (liquidi organici la cui albumina si è coagulata nell'allestimento dei preparati), mentre l'olio stesso di vasellina viene attaccato dalle cellule incaricate della fagocitosi, le quali seguono la rete formata dalle correnti di liquido organico, trovando così facilitato il loro compito. Ciò che è importante è la frammentazione della massa oleosa in piccole oleocisti, di cui alcune si veggono circondate da un mantello protoplasmatico a tipo sinciziale. La proliferazione connettivale avviene per opera degli elementi fissi del connettivo che si trasformano in fibroblasti, poliblasti plasmacellule e per la fuoriuscita dei piccoli mononucleati dai capillari. Il tessuto formato da queste cellule, destinate alla fagocitosi, si ritrova tutto intorno alle sfere oleose. Per alcuni (Lenormant e Ravaut) il processo si estende dal centro alla periferia; si hanno così al centro microcisti oleose in via di scomparsa; alla periferia cisti più grosse destinate a subire ancora l'azione cellulare; in altri casi la massa oleosa troppo abbondante non può essere assorbita ed allora essa viene incapsulata e subisce l'incrostazione dei sali di calcio; alla periferia di questo focolaio, dove è stata possibile la suddivisione delle goccie di olio, sfuggite alla massa principale, è possibile il meccanismo di fagocitosi (Nicod). Questo meccanismo spiega l'evoluzione lentissima e l'estensione indefinita che caratterizzano questi tumori; il processo di neoformazione fibrocellulare si avrà intorno a tutte le particelle oleose che si sono allontanate dalla massa principale e, sia per la via linfatica sia per la via venosa, avranno raggiunto altre regioni del corpo.

In un secondo periodo gli elementi cellulari divengono più numerosi e si hanno in prevalenza cellule poligonali a nucleo chiaro, riunite, senza sostanza intercellulare, in formazioni sul tipo del tubercolo; un po' più tardiva sembra la comparsa di cellule giganti, distinguibili da quelle del tubercolo perchè non hanno i nuclei solo alla periferia, come le cellule di Langhans, ma presentano nuclei ammassati anche al centro, hanno un contorno protoplasmatico netto e non presentano traccia di necrosi caseosa. In questo periodo e nel primo vi è anche neoformazione vasale. Sulla natura e sull'origine delle cellule epitelioidi sono varie le opinioni; pare probabile che esse derivino da elementi del sistema reticolo-endoteliale e siano identificabili con gli emoistioblasti del Ferrata (istiociti di Aschoff); tali cellule (Chiurco) si vedono a volte ravvicinate in numero più o meno grande a formare tipiche cellule giganti le quali conservano le caratteristiche istiocitarie dei nuclei anche negli stadî maturi (nucleo grosso, vescicolare, a reticolo ben evidente, a maglia larga, nucleato). Granuli sudanofili si ritrovano nelle cellule epitelioidi e nelle cellule giganti. In un terzo periodo si ha la costituzione di un tessuto connettivo adulto, rare cellule giganti, scomparsa dei vasi di neoformazione; raramente nel blocco di connettivo sclerosato si vedono gruppetti di cavità alveolare (già piene di sostanza oleosa), senza infiltrazione cellulare intorno, ciò denotando che la sostanza oleosa ha perduto ogni potere stimolante ed è diventata totalmente indifferente al tessuto ospite.

I molteplici aspetti dei preparati istologici possono trarre in inganno, e principalmente le cause di errore sono:

1) Le formazioni tubercoloidi che possono essere interpretate come veri tubercoli e far mettere la diagnosi di tubercolosi (giova ricordare come caratteri differenziali la diversa disposizione dei nuclei della cellula gigante, con la mancanza di necrosi caseosa, e la presenza di vasi neoformati negli aggruppamenti che si riscontrano negli elaiomi).

2) In un periodo dell'evoluzione, quando sono scomparse quasi completamente le cellule giganti ed esiste un netto processo di sclerosi con tralci di connettivo adulto e noduli di elementi epitelioidi, è possibile la confusione, specie nei preparati a fresco (Lee e Adair) con il carcinoma alveolare potendosi scambiare i gruppi di cellule epitelioidi, in mezzo al connettivo cicatriziale, per piccoli alveoli cancerosi.

3) Qualche caso presenta delle particolarità istologiche in quanto sono assenti o scarsissime le formazioni epitelioidi e le cellule giganti. Così in sei casi di Barco, in quattro casi di De Battisti e Faccini che riscontrarono « un processo infiammatorio o meglio irritativo cronico del tipo linfocitario con caratteri che sono particolari e propri dei processi progressivi ».

Il trattamento di queste neoformazioni è, per giudizio quasi concorde, chirurgico e cioè consiste nell'asportazione completa di essi. A volte esiste una adenopatia il cui contemporaneo trattamento chirurgico deve essere subordinato al giudizio clinico in vista del diverso carattere che la lesione presenterà. Ma vi sono forme a piastrone che occupano estesissime zone; in alcuni di questi casi l'intervento sarà ancora possibile, a prezzo di concomitanti interventi plastici; in alcuni casi però l'estensione del processo è tale da essere superiore alle risorse chirurgiche. Sono queste forme che spesso presentano le crisi flogistiche; il trattamento antiflogistico, borsa di ghiaccio (Cignozzi), applicazioni caldo-umide (Barco) potrà essere utilissimo. È da riferire il particolare che è stato notato in alcuni casi la regressione delle neoformazioni, dopo asportazioni parziali; viceversa in varî casi, pure dopo asportazione completa della massa fibrosa, si è avuta recidiva.

Finalmente è da accennare alla somiglianza clinica e alla identità anatomo-istologica di queste formazioni con la necrosi grassosa spontanea. Come è noto, questa affezione ha sede preferibilmente nella mammella. Varî fattori sono stati invocati per spiegarne l'insorgenza; una particolare importanza si deve attribuire ai traumi. Per qualsivoglia ragione avvenga la scissione dei grassi in acidi grassi e glicerina si ha che « il grasso disfatto agisce come uno stimolo da corpo estraneo » (Brancati). Gioia ha potuto portare la dimostrazione che nei focolai di liponecrosi spontanea avviene che « per cause ed agenti tuttora ignoti, una parte degli acidi grassi e dei saponi si trasformi, per perdita di una molecola di CO^2, in idrocarburi della serie paraffinica ». A parte il fattore primo etiologico, il processo patogenetico sarebbe dunque in gran parte uguale e la distinzione diagnostica tra vasellinomi e liponecrosi spontanea non potrebbe più essere assicurata da speciali reperti di colorazione (blu-nilo; colorazione in giallo arancione pallido dell'olio di vasellina) o chimici, ma soltanto dal dato anamnestico dell'introduzione o meno di olii minerali. D'altra parte questa

distinzione diagnostica ha scarso valore. Maggiore importanza ha invece il ricordare la frequente possibilità di insorgenza nella mammella di queste neoformazioni sia per liponecrosi spontanea, sia che si tratti di veri vasellinomi, poichè la regione mammaria è sede piuttosto comune di iniezioni di sostanze medicamentose, per portare tutta la nostra attenzione nei casi dubbî che si presentassero all'esame e nei quali, trattandosi di un organo come la mammella, il sospetto va sempre al tumore maligno. Molti, se non quasi tutti, i casi conosciuti di necrosi grassosa della mammella sono stati operati con diagnosi di tumore maligno; eppure la sede di questa affezione è prevalentemente nel grasso premammario e non nella ghiandola. Questo dice quanto a volte l'apprezzamento clinico riesca difficile e la necessità della biopsia in tutti i casi appena dubbî di neoformazione della mammella.

Riferisco brevemente il caso capitato alla mia osservazione:

Signora S.; ricovera il 21-8-1931. Sofferente di vizio mitralico in seguito a reumatismo articolare acuto, otto anni fa, durante il periodo acuto dell'endocardite, le furono praticate molte iniezioni di olio canforato (preparazione con olio di vasellina). Per lo più queste iniezioni furono praticate alla regione esterna delle coscie (nessuna alla regione interna). Una sola fu praticata nella regione sottoclavicolare destra e qui si ebbe suppurazione. In questo punto si formò un grosso nodulo fibroso, indolente. Altri noduli più piccoli, in gran numero, si formarono alla regione esterna delle coscie. Tre anni fa, in seguito ad alcuni bagni termali, i noduli della regione esterna delle coscie si ingrandirono, si fusero, e vi fu estensione del processo nella regione interna delle coscie.

Da circa un anno ha notato la formazione di un altro nodulo nella regione della mammella destra, a circa 10 cm. dal nodo sottoclavicolare. Non ha notato dolore in corrispondenza di questo, ma ha osservato come la tumefazione si venisse ingrandendo. Contemporaneamente dice di essere dimagrata: si fa visitare per sospetto di un tumore maligno.

E. O. Condizioni generali buone. Lieve dispnea. Vizio mitralico composto; ritmo cardiaco irregolare. Nulla al torace.

In corrispondenza della regione sottoclavicolare destra esiste un nodo aderente alla cute ed ai piani sottostanti, di forma pressochè circolare, dal diametro di 6 cm.; esso con la sua parte mediana raggiunge il margine destro dello sterno e pare aderisca profondamente al pericondrio costale. Al disotto di questo nodulo, in corrispondenza della porzione superiore della regione mammaria, si palpa un agglomerato di altri noduli, duri, della grossezza variabile da un'avellana ad un cece; essi sono scaglionati su di una linea che dalla porzione superiore della mammella, parte centrale, si volge obliquamente in basso e all'esterno. Aderiscono profondamente alla cute, che dà il fenomeno della buccia di arancio; sembrano situati nel grasso premammario e pare che la ghiandola sia fuori dal processo, ma l'apprezzamento clinico di tale fatto è poco netto. Nell'ascella non si palpano ghiandole.

La regione anteriore, esterna ed interna delle coscie della p. nel loro 3° superiore e medio, sono cosparse da una infinità di noduli confluenti, duri, che aderiscono profondamente alla cute; questa presenta in alcuni punti degli infossamenti e notevoli alterazioni discromiche (colorito brunastro) e desquamazione; i nodi confluiscono a formare una vasta corazza, sono indolenti.

Per quest'ultima lesione la diagnosi è chiara. Così è anche chiara la etiologia del nodulo sottoclavicolare, dove un'unica iniezione fu praticata e suppurò; più difficile riesce orientarsi sulla natura dei noduli che esistono nella regione mammaria. In tale regione non fu mai praticata nessuna iniezione; i noduli stessi sono comparsi in epoca molto posteriore (sette anni) alla cura praticata. Questo viene recisamente affermato dalla p. e dal di lei marito che è un distinto sanitario. I dati clinici lasciavano una certa incertezza; e se certi segni deponevano per il tumore maligno, la relativa indipendenza della ghiandola dalla neoformazione e la presenza nel soggetto di altri vasellinomi imponevano senz'altro una biopsia. L'intervento fu eseguito in anestesia locale. Consistette nel togliere in blocco il nodulo sottoclavicolare, i noduli della regione mammaria, una larga zona di cute, una porzione di mammella; nella parte alta fu asportata anche l'aponevrosi e qualche fascio del gr. pettorale. Il nodulo sottoclavicolare si estendeva fino quasi al margine dello sterno, strettamente aderente al pericondrio delle cartilagini costali.

L'aspetto macroscopico del pezzo asportato dimostra che il nodulo sottoclavicolare è formato da tessuto duro, grigiastro, di apparenza cicatriziale. La parte muscolare asportata è indenne da lesioni. Nel grasso sottocutaneo della zona mammaria si palpano degli ispessimenti e si vede qualche formazione cistica, grossa come una lenticchia, circondata da tessuto fibroso, denso, connesso con il grasso da lacinie fibrose. Qualche nodulo, di estensione di circa 1 cmq., di colorito biancogrigiastro è immediatamente sotto il derma. Nel tratto di mammella asportata si vedono delle formazioni cistiche.

Furono esaminati vari frammenti (1).

L'esame microscopico di un primo pezzo che comprende un nodulo sottocutaneo continuantesi con il derma della regione premammaria dimostra al centro una cisti; la cisti ha una parete connettivale, in parte rivestita da epitelio cilindrico monostratificato, che poggia su una esile membrana connettivale. La parete si continua con elementi di connettivo ricco di sostanza fondamentale e di fibrille; le cellule del connettivo appaiono fusate, e le fibre costituiscono una rete a maglie più o meno larghe che contengono fibroblasti; tra gli elementi fibroblastici si rinvengono anche numerose cellule di grasso ed accumuli di esso. In questo tessuto si riscontrano vasi neoformati, cellule fucsinofile e cellule giganti con vario numero di nuclei del tipo di quelle da corpi stranieri.

---

(1) La descrizione istologica fu dettata dal compianto prof. ANTONIO DIONISI.

Il tessuto fibroblastico non sempre è sviluppato diffusamente ma spesso si riunisce in accumuli nodulari, simili a tubercoli; tra gli elementi di esso si riscontrano figure di cariocinesi del tipo del diastro. In tali noduli si veggono spesso capillari e cellule giganti, senza necrosi caseosa che non si riscontra mai, neppure nelle formazioni diffuse; eccezionalmente si trova qualche cellula gigante tipo Langhans.

La struttura dei noduli oltrechè dalle cellule giganti è caratterizzata da formazioni epitelioidi.

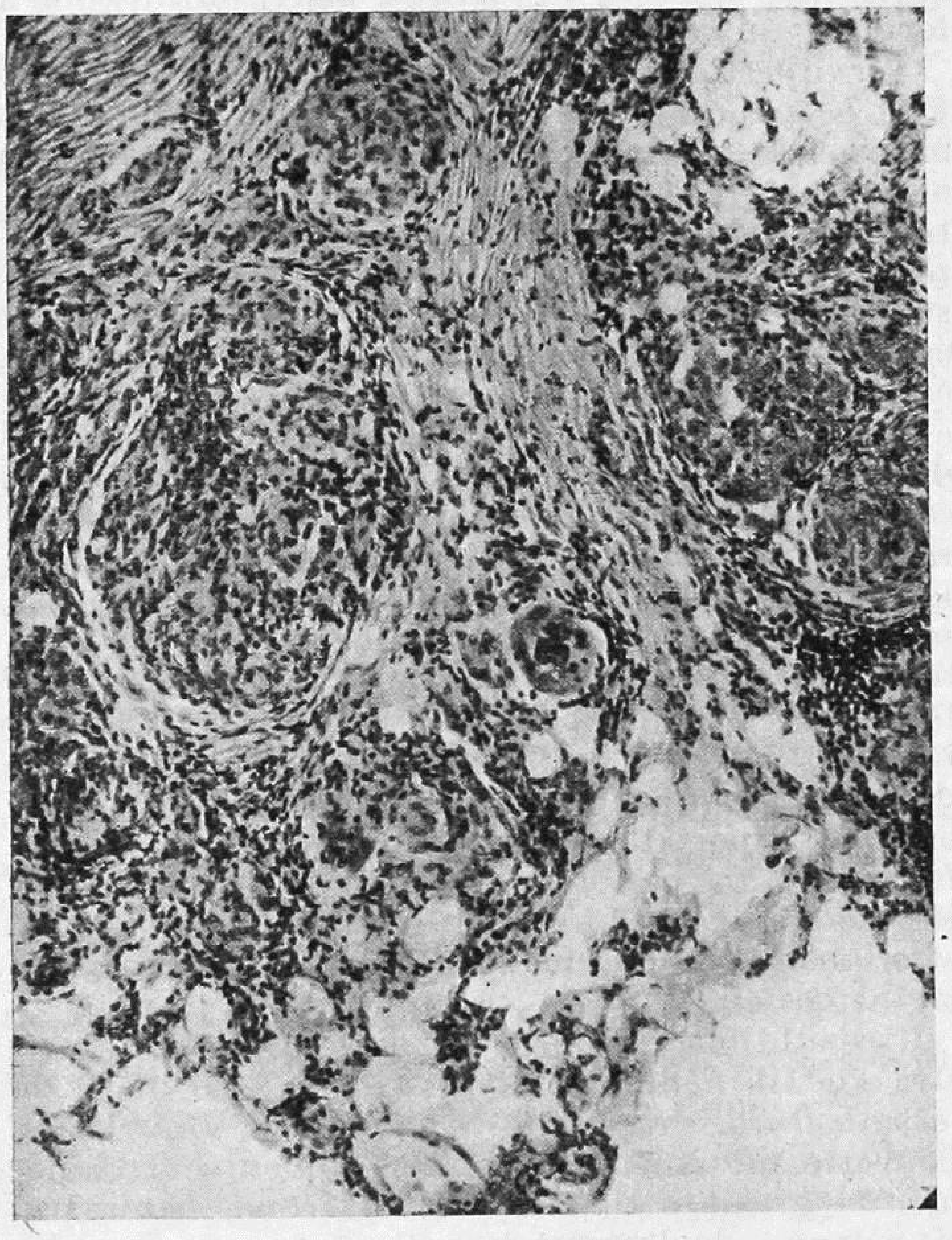


FIG. 1 (Microf. ob. 4; oculare 3).

Cellula gigante da corpo straniero; 2 noduli di cellule epitelioidi, separati da una travata di connettivo fibroso. Scarso infiltrato linfoide; residuo di tessuto grassoso.

Lacinie di connettivo denso, ricchissimo di sostanza fondamentale, intersecano la sezione.

È probabile che la cisti epiteliale osservata sia di natura traumatica; la reazione diffusa intorno alla parete della cisti e i focolai nella tonaca propria e nel grasso sottocutaneo sono da mettere in rapporto con la formazione di un granuloma da corpi estranei. Si esclude la tubercolosi per la mancanza di necrosi caseosa e per la ricchezza di vasi delle formazioni tubercoliformi. L'esame di un altro frammento dimostra che nel tessuto grassoso sottocutaneo e nella tonaca propria sono disposte numerose formazioni tubercoliformi, rotondeggianti, submiliariche, costituite di solito da cellule epitelioidi, e da cellule giganti dal tipo di quelle da corpi stranieri, eccezionalmente qualcuna di tipo Langhans; capillari sanguigni spiccano in mezzo al tessuto epitelioide. Le formazioni tubercoliformi a volte sono aggruppate, disposte tra i fasci di connettivo, e rappresentano come un tessuto di granulazione, in prevalenza fibroblastico, intersecato da vecchio connettivo. Formazioni cistiche si rinvengono tra il tessuto di granulazione.

In qualche tratto accumuli di linfociti e di capillari sanguigni interrompono la continuità dei noduli a forma di tubercoli.

In un altro frammento, prelevato dal tratto di ghiandola mammaria asportato, l'esame istologico dimostra solo delle rare formazioni microcistiche.

Diagnosi istologica: malgrado la presenza di qualche cellule gigante tipo Langhans, per le ragioni sopra addotte, si pone la diagnosi di elaioma.

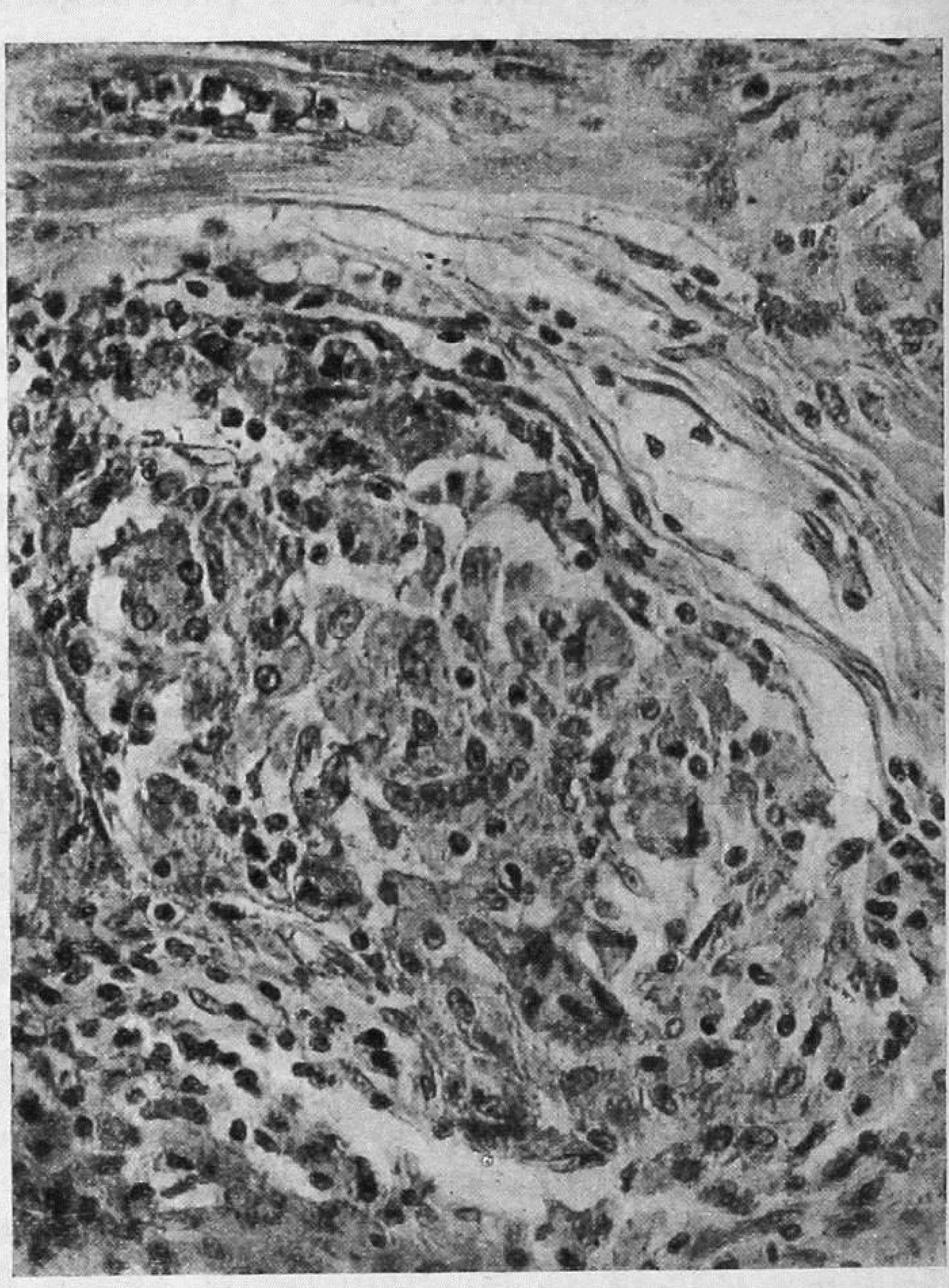


FIG. 2 (ob. 7; ocul. 3).

Gruppo di cellule epitelioidi, dal contorno poligonale, dal protoplasma abbondante, dal nucleo ovalare o rotondeggiante, povero di cromatina o vescicolare.

Ho voluto rendere noto questo caso, oltre che per accrescere il contributo casistico dei vasellinomi, per insistere su questi punti:

a) sul possibile danno di iniezioni di sostanze medicamentose veicolate con olio di vasellina;

b) sulla possibilità di insorgenza, dopo molti anni, di un focolaio discontinuo a tipo metastatico;

c) sul particolare che, nel mio caso, si è avuta una estensione del processo, nella localizzazione alle coscie, dopo una cura termale;

d) sulla speciale sede nella regione mammaria di una neoformazione con caratteri molto simili a quelli di una neoplasia maligna (durezza, aderenza alla cute con fenomeno della buccia di arancio, irregolarità dei limiti e scarsa apprezzabilità dell'estensione del proces-

so nei varî strati). Bisogna quindi ricordare che la regione mammaria, sede di tante varie e complesse neoformazioni di diagnosi clinica spesso difficilissima, può essere anche sede di elaiomi, data l'abitudine abbastanza diffusa di praticare iniezioni nel grasso premammario.

Appare evidente la necessità della biopsia in casi dubbi. Come ho insistito, in un mio lavoro precedente, con lo svilupparsi di una cultura igienica nelle masse, la diagnosi di cancro della mammella, ad opera della biopsia, dovrà poter essere fatta prima che i cosidetti segni caratteristici del cancro, segni tutti di invasione notevole, siano manifesti. La stessa sana collaborazione chirurgica-anatomo-patologica, permetterà di risparmiare in altri casi, clinicamente sospetti di neoplasia maligna, un intervento radicale mutilante, perfettamente inutile. Questo risultato si è potuto ottenere nel presente caso.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un caso di vasellinoma con localizzazioni multiple di cui una alla regione mammaria che presentava caratteri molto simili a quelli di una neoplasia maligna. Propugna la necessità della biopsia in tutte le neoformazioni mammarie di diagnosi dubbia.

BIBLIOGRAFIA.

BARCO. *Vasellinomi da lipovaccini.* La Clinica chirurgica, marzo 1928.

BIANCHERI. *Vasellinomi.* Archivio Italiano di Chirurgia, vol. XXIX, fasc. 4.

BRANCATI. *La necrosi grassosa della mammella.* Arch. Italiano di Chirurgia, vol. XXVI, fasc. V.

CIGNOZZI. *Oleoconnettivomi.* Riforma medica, n. 29, luglio 1923.

CHIURCO. *Contributo clinico ed istopatologico ai tumori elaiopatici o vasellinomi.* La pratica chirurgica e delle discipline affini, novembre 1927, anno II, numero 2.

ID. *Reperti istopatologici di due tumori elaiopatici.* Ibid., a. II, n. 3, giugno 1928.

DE BATTISTI-FACCINI. *Sui cosidetti sarcoidi fibroconnettivali.* Policlinico, Sezione Chirurgica, fascicolo 3, 1923.

DE BENEDETTI. *Vaselinomi e vaccinazione antitifica.* La Riforma medica, n. 51, 1923.

FORESTIER. *Vasellinomi tardivi per iniezioni di olio di vasellina canforato.* Bulletin de l'Association française pour l'étude du cancer, febbraio 1929.

GANDINI. *Contributo allo studio dei paraffinomi.* Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, n. 4, 22 febbraio 1928.

GIOIA. *Elaiomi e liponecrosi.* Atti Società Italiana di Chirurgia, 1929 (adunanza del 1928).

GERSUNY. *Iniezioni sottocutanee di paraffina.* Wiener Klinische Wochenschrift, n. 41, a. XXXVI.

GUIBÉ. *Su due casi di vasellinomi multipli.* L'année médicale de Caen, n. 4, 1924.

IANNI. *Oleofibrosi.* Rassegna internazionale di clinica e terapia, n. 4, aprile 1925.

LEE e ADAIR. *Necrosi grassosa traumatica della mammella.* Annals of Surgery, n. 5, novembre 1924.

LENORMANT e P. RAVAUT. *I tumori artificiali provocati dalle iniezioni sottocutanee di olio minerale.* Annales de Dermatologie e Syphilographie, novembre 1926.

MOREAU. *Oleoma o paraffinoma.* Società belga di chirurgia, 24 novembre 1928.

MONTGOMERY e CA. *Paraffinomi.* The Journal of the American medical Association, n. 2, febbr. 1926.

MORONE. *Sulla liponecrosi sottocutanea multipla.* La Clinica chirurgica, fasc. I, gennaio 1929.

NICOD. *Pseudotumori sottocutanei consecutivi ad iniezioni medicamentose di chinino e di olio canforato.* Revue médicale de la Suisse romande, n. 1, 1924.

ROSE. *Postumi tardivi pericolosi delle iniezioni di paraffina.* Bruns' Beiträge zur Klinischen Chirurgie, t. CXXXIV, fasc. 2.

SCHWARZMANN. *Sulla c itosteatonecrosi traumatica sperimentale.* Annales de dermatologie et de Syphilographie, n. 5, maggio 1930.

SPITZMÜLLER. *Tumori da corpi estranei per iniezioni di paraffina.* Wiener Klinische Wochenschrift, n. 26, giugno 1929.

VAN GELDREN. *Modificazioni istologiche del tessuto sottocutaneo in seguito ad iniezione di paraffina.* Virchows Archiv. für pathologische anat. und Phisiol. und für Klinische Medizin. fasc. 3, settembre 1925.

WILLIAMS Mc. *Paraffinomi.* The American Journal of Surgery, vol. II, n. 2, 1927.

KÖRBLER. *Un caso di paraffinoma del sèno.* Klinische Wochenschrift, anno VI, n. 14.

Per note bibliografiche complete, specie anteriori al 1923, consultare i lavori citati.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

R. CLINICA PEDIATRICA DI ROMA

Sulla terapia della malattia scafoidea di Köhler.

Dott. MARIO FABERI, aiuto vol.

Da quando Alban Köhler descrisse nel 1908 la forma morbosa che oggi va sotto il suo nome, le osservazioni cliniche in proposito si sono andate moltiplicando, e si è ben potuto definire il quadro radiologico caratteristico, che permette di formulare con facilità la diagnosi.

La sintomatologia clinica, infatti, è scarsa e, si può dire, limitata al dolore sul dorso del piede, che rende difficile o addirittura impossibile la deambulazione, e che si constata vivissimo alla pressione esercitata in corrispondenza dello scafoide, mentre i tessuti che lo ricoprono non mostrano alterazione di sorta.

La forma è, in genere, monolaterale, benchè se ne siano descritti casi di bilaterale (Wilke, Müller).

L'età, da quanto si apprende dai casi della letteratura, non sorpassa in genere i 23 anni, ma Wilke ne ha descritto un caso in donna di 60 anni, la quale, a 23, aveva già presentato gli stessi disturbi.

Il quadro radiologico tipico è stato poi ben precisato da Mouchet e Roederer. Lo scafoide, infatti, è modificato:

1) nella forma, perchè apparisce appiattito, a galletta, con perdita della convessità anteriore e della concavità posteriore, assumendo quasi l'aspetto di un disco biconcavo, a margini irregolari, dentellati, con rugosità, sfrangiature ecc.;

2) nel volume, per riduzione a 1/3-1/4 del suo spessore;

3) nella sua architettura, perchè appare condensato, più calcificato della norma, con perdita delle trabecolazioni.

Notevole disaccordo esiste invece riguardo alla patogenesi della malattia, poichè molte ipotesi sono state formulate dai vari autori.

Il Köhler, ad esempio, parlò di un arresto di sviluppo del nucleo osseo, mentre il Prieser accennava vagamente ad un disturbo nutritivo.

La sifilide non sembra avere importanza alcuna (Mouchet e Roederer, Lecène e Mouchet), e così pure la tubercolosi non è in causa, per quanto in un caso di Herzog, in un bambino di 4 anni, la malattia progredì nonostante il riposo assoluto del paziente, e si sviluppò più tardi una tubercolosi ossea, con punto di partenza dal navicolare.

In qualche rarissimo caso si ritrova nell'anamnesi un trauma recente (Galdan), mentre più volte è stata notata concomitanza di otite media purulenta (Behm, Estor, Schultze, Galdan).

Dati più positivi sembrerebbero potersi rilevare dalle rare occasioni in cui si riuscì a praticare l'esame istologico dell'osso estirpato.

Lecène e Mouchet, infatti, nello scafoide tolto ad un piccolo paziente di 8 anni, misero in evidenza un processo osteomielitico attenuato. Senonchè Müller, procedendo ad analoga ricerca, non trovò alterazione istologica alcuna.

Alberti, in uno studio sintetico presentato quale relazione al 7° congresso di Radiologia medica Italiana, sostiene che il morbo di Köhler può rientrare nel gruppo delle cosidette « distrofie epifisarie giovanili », che comprende numerose altre forme ossee: sindrome di Calvè-Perthes dell'epifisi femorale superiore; sindrome metatarsale di Köhler; m. di Osgood-Schlatter; osteocondrite vertebrale giovanile di Schenermann ecc.

Le analogie tra i vari quadri sarebbero di carattere clinico, per l'età di sviluppo, evoluzione lenta ecc., nonchè di carattere radiologico ed anatomo-patologico.

L'A. negherebbe la presenza di fatti flogistici, ammettendo invece quelli di necrosi per insufficiente vascolarizzazione.

Tale opinione si accorda con quella di Behm, che, in una sua osservazione istologica, trovò appunto una necrosi anemica dell'osso.

Citeremo infine una ipotesi recente di Seldowitz e Zintbaum, i quali credono necessario di considerare anche un eventuale fattore rachitico, poichè in un loro caso, riguardante un bambino di 6 anni, si ebbe rapida guarigione clinica e radiologica in seguito a terapia U. V. e olio di fegato, accompagnatasi col ritorno ai valori normali del fosforo inorganico il quale, all'inizio della malattia, era nettamente diminuito.

La prognosi della malattia è fausta, e in tutti i casi descritti si ottenne la guarigione, meno in quello sopracitato di Herzog.

Tale guarigione, però, secondo gli AA., è lenta e si parla di una media di 1-2 anni (Galdan, Mouchet e Roederer, Hauser ecc.)

L'accordo, inoltre, è unanime nel giudicare necessaria l'immobilizzazione del piede malato.

Secondo Hauser, ad esempio, il trattamento immobilizzante dovrebbe protrarsi per almeno

3-10 settimane, applicando poi calzature ortopediche, onde proteggere da eventuali traumi.

Anche Schroeder parla di apparecchio gessato e riposo in letto, e Comby consiglia del pari immobilizzazione completa, seguita dall'applicazione di un'asticciuola metallica per evitare attitudini viziose.

Tutto questo, naturalmente, pur raggiungendo lo scopo di guarire, obbliga il paziente ad un riposo pressochè assoluto e protratto, che, specialmente se si tratta di bambini, non è sopportato di buon grado.

L'esame ob., praticato in questo periodo, mise in rilievo una dolenzia accentuata alla pressione sul dorso del piede stesso, verso il suo bordo interno.

La cute, al disopra della zona dolorosa, non era arrossata nè aderente ai piani profondi, ed i movimenti attivi e passivi dell'articolazione tibio-astragalica e delle dita erano tutti possibili e indolenti.

Non ebbe mai febbre, Negativo l'esame delle urine e la R. W. nel sangue dei genitori. Cutireazione —. L'esame chimico del sangue della bambina dette un contenuto di calcio (10,2) e di fosforo inorganico (5,1) del tutto normali.

Il 22-XII-30 fu eseguita una radiografia, che

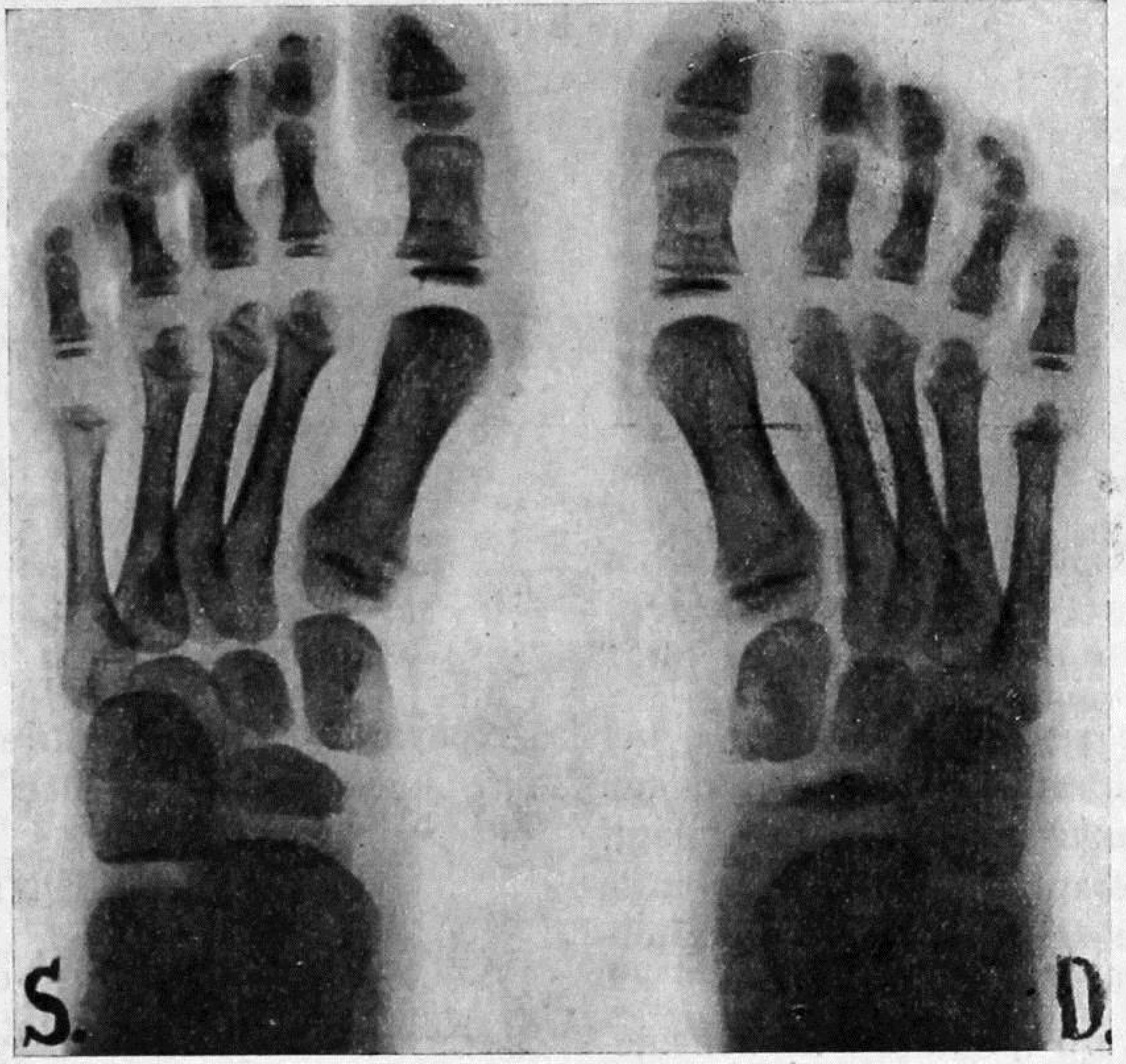


FIG. 1.

Solamente Seldowitz e Zintbaum, più sopra citati, avrebbero ottenuto guarigione dopo sole 4 settimane.

Ora noi, pur non partendo dal presupposto patogenetico espresso da tali AA., abbiamo egualmente cercato, in un caso venuto alla nostra osservazione, di agire con mezzi fisici diretti, senza immobilizzare la parte malata.

Si tratta della bambina M. F., di anni 6, da Roma, nella cui anamnesi familiare si ritrova solamente il dato che la madre soffrì di coxite all'età di 26 anni, mentre il padre ed un fratellino godono di ottima salute.

La bambina soffrì a 2 anni di cistite, ed a 3 contrasse malaria, di cui guarì perfettamente. È stata poi sempre bene fino al dicembre 1930, allorquando, senza causa apparente, nè morbosa nè traumatica, cominciò ad accusare in corrispondenza del piede destro un dolore spontaneo, che, a poco a poco, divenne così intenso da impedire la deambulazione.

mise in evidenza le tipiche alterazioni della scafoidite descritta dal Köhler (fig. 1).

Nel mese di gennaio 1931 furono iniziate applicazioni di diatermia e di raggi U. V., contemporaneamente, prescrivendo in pari tempo dei preparati di ergosterina irradiata e di calcio.

Le applicazioni, a giorni alterni, consistettero precisamente in diatermia: App. Siemens, 1/2 Amp. 30 m.', con piastra sul dorso e sulla pianta del piede, e in raggi U. V.: lamp. Bach, cm. 60 da 5 m'. a 30 m'.

Durante il periodo di cura la bambina fu mantenuta in riposo relativo, poichè già dopo la 5ª applicazione, essendosi calmato il dolore spontaneo, la deambulazione fu di nuovo possibile. Anche obiettivamente la dolorabilità scemò in maniera rapida, fino ad apparire appena accennata alla pressione molto profonda.

Il miglioramento proseguì sempre più netto, nonostante che la cura fosse praticata con molta irregolarità, e nel mese di febbraio la bambina era già tornata alle sue passeggiate ed ai suoi giuochi, senza accusare disturbo alcuno, sì da poter dichiarare avvenuta la guarigione clinica.

La radiografia di controllo, praticata il 25-3-31, mostrò un processo di ricostituzione avanzata dello scafoide, con tendenza netta a riassumere la sua forma normale (fig. 2).

Le applicazioni diatermiche ed elioterapiche simultanee furono in totale 24.

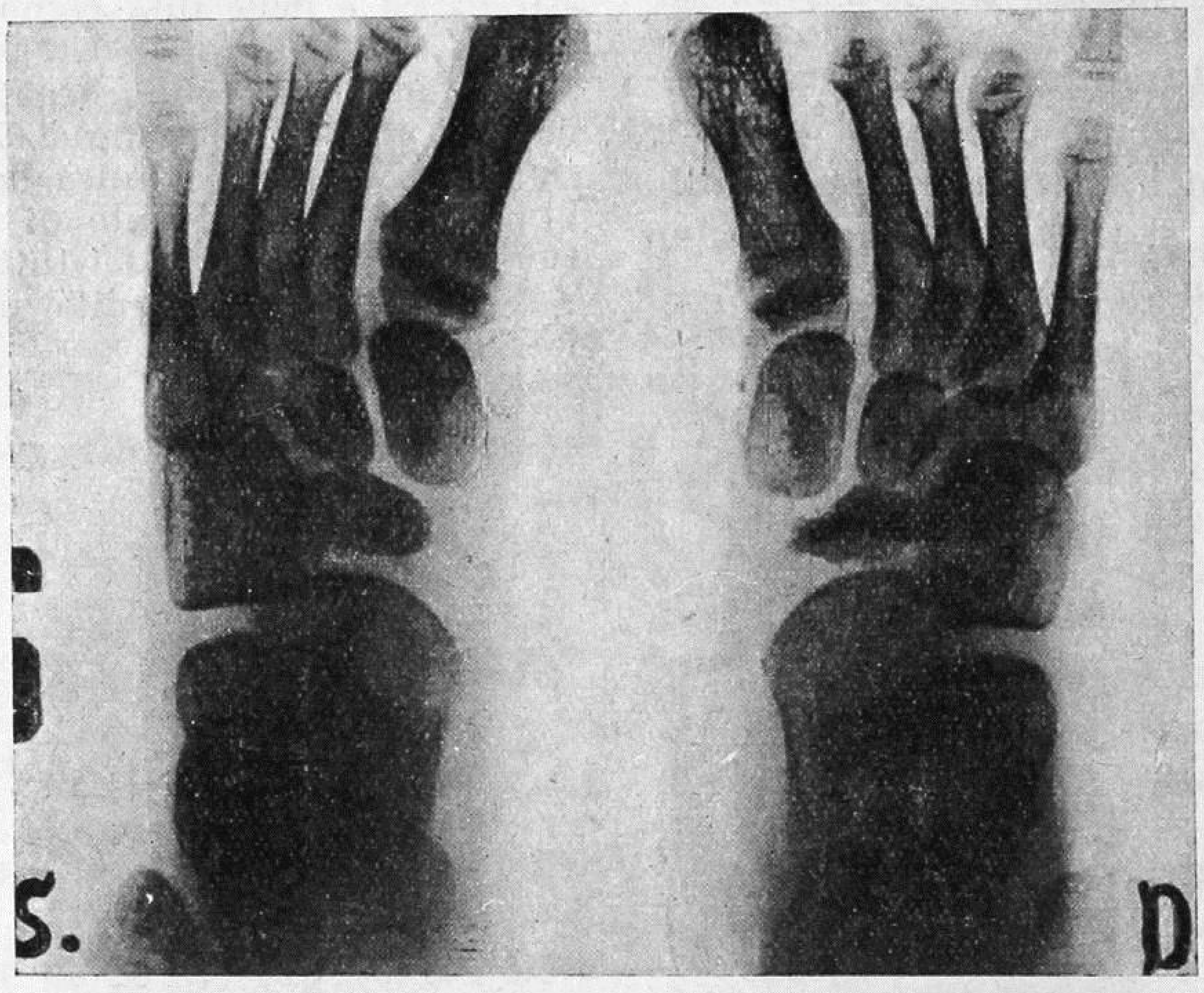


FIG. 2.

Da quanto precede risulta evidente che, nel nostro caso, il miglioramento si è avuto con una rapidità che non è dato riscontrare negli altri casi della letteratura, permettendo alla bambina, dopo pochi giorni di cura, di tornare alla vita normale della propria età.

Non possiamo invero prendere in considerazione l'ipotesi di Seldowitz e Zintbaum, che pensarono alla possibile esistenza di un fattore rachitico nella genesi della malattia, poichè, prescindendo dalla unicità della loro osservazione, i valori del calcio e del fosforo sanguigno furono nella nostra malata del tutto normali.

Il successo della terapia applicata, nel nostro caso, valorizza invece l'ipotesi patogenetica dominante già accennata, secondo la quale la malattia di Köhler sarebbe dovuta fondamentalmente ad un disturbo nutritivo dello scafoide.

Nel nostro caso, infatti, si utilizzò da un lato l'azione iperemizzante del calore penetrante diatermico, e dall'altro lato quella stimolante ed eutrofica dei raggi U. V.

Se a tutto ciò si aggiunge il fatto dell'introduzione di sali di calcio, e di un preparato di ergosterina irradiata, che ne facilita la fissazione, se ne può dedurre che, in tal modo, vengono a realizzarsi le condizioni più favorevoli affinchè migliori lo stato di nutrizione dell'osso malato, e se ne favorisca la ricostituzione.

L'eventuale applicazione di un tale metodo in altri casi consimili servirà a confermarne o meno il valore, dando la possibilità, in caso positivo, di conseguire degli ottimi resultati, in maniera semplice e rapida.

RIASSUNTO.

Viene descritto un caso di malattia scafoidea di Köhler nel quale si ottenne rapida guarigione in seguito ad applicazioni diatermiche e di Raggi U. V., senza immobilizzazione della parte, e si discutono le ipotesi patogenetiche emesse dai vari AA. a proposito di tale forma morbosa.

BIBLIOGRAFIA.

A. WILKE. Röntgenpraxis, II, 16, 1930.
MÜLLER. Deutsch. z. Chir., 201, 84.
A. MOUCHET e C. ROEDERER. Journ. de rad. et d'élect., VII, 4, 1923.
P. LECÈNE e A. MOUCHET. Ibid., VII, 8, 1924.
H. HERZOG. Röntgenpraxis, II, 18, 1930.
D. GALDAN. Journ. de rad. et d'élect., XI, 3, 1927.
BEHM. Rif. in: MARCHAND. *La Scaphoïdite tarsienne des jeunes enfants*. Paris, Arnette, 1923.
ESTOR-SCHULTZE. Rif. da GALDAN.
O. ALBERTI. Rad. med., 9, 1922; Atti del VII Congr. rad. med. it., maggio 1928.
M. SELDOWITZ e L. ZINTBAUM. Journ. Am. Med. Ass., 90, n. 20, 1928.
W. HAUSER. Am. Journ. Dis. of Child., 37, 1929.
L. SCHROEDER. Ibid., 28, 1924.
COMBY. *400 consult. mal. enf.* Masson, 1930.

SUNTI E RASSEGNE.

CUORE E VASI SANGUIGNI.

La prognosi nelle malattie cardiache.

(R. O. Moon. *The Practitioner*, febbr. 1932).

Dal punto di vista della prognosi, è anzitutto essenziale distinguere i due gruppi di malattie cardiache: da un lato quelle dovute a reumatismo, corea, scarlattina, che si manifestano in un'età ancor giovanile; dall'altro le malattie dovute a condizioni degenerative od arterio-sclerotiche od a sifilide e che non compaiono che nella seconda metà della vita. Tale distinzione è molto più importante che quella basata sulle singole valvole affette; la prognosi è molto più favorevole nei casi reumatici, in cui le lesioni tendono alla stazionarietà, mentre nei casi arteriosclerotici o sifilitici, sono generalmente progressive. Nell'età infantile, però, sebbene le lesioni siano generalmente reumatiche, la prognosi è di solito seria perchè, oltre all'endocardio, sono compromessi il miocardio ed il pericardio in una vera pancardite.

Malattia aortica.

In questo caso è evidente la differenza fra le forme di origine reumatica e quelle arteriosclerotiche. Nelle prime, le lesioni (escluso un eventuale ulteriore attacco di reumatismo) sono stabilizzate e la prognosi è abbastanza favorevole, non soltanto per la durata della vita, ma anche per la quantità di lavoro che l'individuo può prestare. È proprio in questa malattia, che l'individuo può dare la massima quantità di lavoro; durante la guerra, l'A. ha avuto molte volte l'occasione di osservare dei soldati che prestavano servizio attivo in fanteria e che, esaminati per altre malattie, si riscontrarono affetti da lesioni aortiche. Tali individui, sebbene minorati in confronto dei normali, non hanno alcun bisogno di fare una vita sedentaria purchè abbiano un certo riguardo nella scelta dell'occupazione, nella regolarità del lavoro e nel modo con cui impiegano le ore libere.

Nella forma arteriosclerotica, le lesioni sono fatalmente progressive, sebbene con un trattamento adatto possano subire anche delle soste. Un vero miglioramento non si può avere a causa delle modificazioni subìte dalle coronarie. Sono queste che danno origine ai sintomi più gravi connessi con la malattia aortica, cioè alla angina pectoris e ciò non soltanto per il fatto doloroso, ma anche perchè esse indicano una probabile degenerazione del miocardio con la minaccia di morte improvvisa.

Nelle forme arteriose della malattia aortica che sono di origine sifilitica, si deve essere molto riservati nella prognosi perchè, sebbene tali forme rispondano abbastanza bene al trattamento antisifilitico, hanno una tendenza speciale alla morte improvvisa, per il fatto che il miocardio è anch'esso compromesso.

Per quanto riguarda i segni fisici, si osserva che quanto più fiacco è il polso, tanto maggiore sarà il rigurgito. Scarsa importanza hanno i cambiamenti dei rumori; maggiore significato hanno invece le modificazioni dell'ottusità cardiaca, di cui l'aumento del diametro trasversale è di cattivo segno, mentre è un segno favorevole l'aumento del diametro verticale. Quando poi il secondo suono sul focolaio aortico e sulla carotide è del tutto nascosto dal rumore diastolico, se ne può dedurre che il rigurgito è considerevole e che, quindi, la prognosi è cattiva.

Malattia Mitralica.

È quasi sempre associata alla malattia reumatica; la stenosi mitrale sembra seguire di preferenza le forme del tutto lievi, con dolori indefiniti agli arti o con una certa rigidità del collo.

La lesione è più comune nelle donne che negli uomini e per lungo tempo può non dare sintomi serii. Forse le donne, a causa della vita più sedentaria risentono meno degli uomini le conseguenze; il cuore, secondo l'espressione dei francesi, è regolato per un piccolo lavoro sicchè, con un regime adatto di vita la lesione può essere portata per un lungo numero di anni e non costituire un intralcio nè per il matrimonio, nè per la gravidanza.

Quando però questi cuori incominciano a mostrare segni di debolezza, l'efficienza non viene facilmente restaurata. La stenosi dell'orificio mitrale provoca un imperfetto riempimento del ventricolo; per conseguenza, il cuore riceve una quantità insufficiente di sangue, sicchè ne segue la debolezza cardiaca. La stenosi mitrale che si manifesta nella fanciullezza ha una prognosi più seria di quella che si ha nei primi periodi della vita adulta e questo principalmente perchè l'orificio stenosato non aumenta di ampiezza mentre la crescita del cuore continua. Questi casi raramente raggiungono i 40 anni. Un segno sfavorevole è dato dal catarro bronchiale, tanto più fini sono i bronchi coinvolti e maggiore la diffusione del processo, tanto più cattiva è la prognosi. L'emottisi, però, non è necessariamente un segno serio.

Frequente complicazione della stenosi mitralica è la fibrillazione auricolare; meno comune è l'associazione con l'arteriosclerosi; è in questa forma che si ha più facilmente la trombosi, mentre l'embolismo è più frequente nella forma reumatica con le note conseguenze dell'infarto (se polmonare) e dell'emiplegia (se cerebrale).

Insufficienza mitralica.

La forma di origine reumatica e senza stenosi mitralica è meno comune di quanto si ritenga, in quanto che spesso si diagnostica la insufficienza mitralica quando non vi sono segni evidenti oltre ad un soffio sistolico all'apice.

Nell'età giovanile, il pericolo maggiore è dato dalla possibilità di altri attacchi di reumatismo.

La caratteristica più favorevole dell'insufficienza mitralica è data dal fatto che essa risponde bene al trattamento; il cuore può mostrarsi di tanto in tanto insufficiente, ma un po' di riposo ed il trattamento adatto bastano per ridare il primitivo benessere. Tali caratteristiche danno a questa malattia (quando è di origine reumatica) una prognosi favorevole. Questa è invece seria quando la malattia è di origine arteriosclerotica, in quanto che la lesione valvolare non è che una piccola parte di un tutto patologico, che comprende il miocardio, le arterie, i reni; l'attività del paziente è necessariamente limitata e la lunghezza della vita abbreviata.

Fibrillazione auricolare.

A questa si attribuiva un tempo una prognosi pessima, mettendola in rapporto con casi gravi di stenosi mitrale, Si è veduto poi che essa può aversi anche in altre condizioni; essendo essa associata all'azione rapida ed irregolare del cuore, tende ad ostacolare l'efficienza dell'organo, sicchè la prognosi dipende più che altro dal modo con cui il cuore risponde all'alterazione del ritmo e della frequenza.

L'attività normale delle orecchiette non è indispensabile per l'efficienza del cuore, ma il fatto che esse sono lese indica che vi sono lesioni altresì del miocardio ventricolare, il che costituisce la causa finale dell'esito fatale. Se, in un determinato caso, si potesse affermare che la malattia è limitata alle orecchiette, si potrebbe stabilire una prognosi favorevole. È questa la ragione per cui la condizione della fibrillazione auricolare comporta prognosi così diverse.

Fortunatamente, la digitale si mostra efficace soprattutto nei casi di fibrillazione auricolare connessa con stenosi mitralica di origine reumatica; con l'uso adatto della digitale, eventualmente accompagnata dalla chinidina, dal riposo e da un adatto regime di vita, si può prolungare la vita di parecchi anni, mantenendo le contrazioni ventricolari verso i 70. Invece, la digitale non dà simili risultati nella fibrillazione auricolare con condizioni arteriosclerotiche; in tali pazienti, la prognosi dipende più che altro dalle condizioni generali arteriosclerotiche.

La miocardite.

Il miocardio può essere gravemente compromesso pur senza dare nessun segno fisico. Spesso l'anamnesi può dare indicazioni utili per la prognosi; più giovane è il paziente, minori sono le probabilità che vi siano gravi lesioni degenerative, che invece si hanno dopo raggiunta l'età media.

Purtroppo, non abbiamo nessun mezzo per valutare l'efficienza del miocardio; la sindrome da sforzo è certamente utile per tale scopo; l'inversione dell'onda T indica una degenerazione miocardica, ma non è sufficiente per formulare una prognosi precisa.

La malattia di Stokes-Adams ed il polso alternante sono di significato pronostico grave; così pure l'associazione della degenerazione miocardica con la nefrite cronica; specialmente l'istituirsi, in questi casi, di un ritmo di galoppo all'apice indica che la fine non è lontana. D'altra parte, un miocardio sebbene molto danneggiato può continuare nelle sue funzioni purchè non gli si richieda uno sforzo particolare; qualsiasi malattia, specialmente le infezioni acute (influenza) può essere la goccia che fa traboccare il vaso.

La prognosi è molto seria quando la degenerazione del miocardio è grassa anzichè fibrosa; più corpulento è l'individuo, più grave è la prognosi. Questa è migliore quando la lesione miocardica è connessa con qualche antecedente reumatico; pessima è nel caso dell'arteriosclerosi; nei casi sifilitici, un trattamento antiluetico precoce ed attivo può essere utile.

Matrimonio e gravidanza. Le nostre idee si sono modificate in questi ultimi tempi, in quanto che si sa ora che ad una donna con stenosi mitralica possono essere permessi il matrimonio e la gravidanza purchè si tratti di un attacco reumatico risalente a molti anni prima senza ricadute. Il matrimonio non sarà permesso se l'insufficienza cardiaca è stata tale da costringere al letto per parecchie settimane; così la fibrillazione auricolare sarà un vero ostacolo per la gravidanza. Nel caso di malattia aortica, in generale, il matrimonio può essere permesso.

Anestesia. I cardiaci, purchè non vi siano lesioni miocardiche, sopportano bene l'anestesia; al solo etere sembra preferibile una miscela di etere con cloroformio. Con l'anestetico, è sempre bene somministrare dell'ossigeno se l'operazione si prolunga; il malato dovrà restare in letto diversi giorni prima dell'operazione.

In complesso, in tutti i casi di malattia cardiaca, la questione dell'eredità e dell'anamnesi familiare costituisce la guida più importante per la prognosi. Vi sono delle famiglie, di cui

il miocardio incomincia a flettersi subito dopo le media età senza alcun antecedente di malattia. L'età, la costituzione, lo stato di nutrizione, la presenza o l'assenza di obesità sono tutti fattori di cui si deve tener conto per la prognosi; così pure le abitudini ed il modo di vita. Molto dipende dal trattamento, almeno dal lato negativo nel senso della moderazione per l'alcool, il tabacco, il caffè e tè forti, il lavoro faticoso. Certamente, chi può scegliersi una residenza adatta passando l'inverno in un clima mite e secco ha maggiori probabilità di una vita più lunga di quello obbligato a lavorare per procurarsi il pane. La forza vitale, lo slancio vitale nel senso di Bergson hanno pure la loro importanza. *fil.*

Indicazioni e risultati del trattamento chirurgico dell'angina pectoris.

(P. MAURIAC e P. BROUSTET. *Paris médical*, 14 nov. 1931).

Gli AA. così precisano i loro concetti in materia.

Indicazioni. 1) Malati con crisi frequenti, i quali non possono fare il minimo sforzo senza risentire l'angoscia, nei quali il trattamento medico è impotente a moderare od a distanziare le crisi. Al malato così costretto all'inazione si deve allora far presente la possibilità di guarigione con l'intervento chirurgico, senza nascondergli i rischi: pericolo di morte improvvisa con un'esistenza dolorosa se rifiuta l'operazione; rischi operatori ma diminuzione del dolore se si fa operare.

2) Malati con cuore in buon valore funzionale; sono i casi più favorevoli, meglio ancora se vi sono sintomi (tachicardia, ipertensione) che permettono di sospettare l'intervento del riflesso pressore.

Non si devono incoraggiare a correre i rischi di un'operazione quei malati con crisi poco intense e facilmente calmate col trattamento medico. L'intervento va rifiutato negli anginosi con insufficienza cardiaca, con cavità cardiache dilatate, con elettrocardiogramma modificato anche in periodi extra crisi ed in stato di male anginoso.

Negli individui con forti ipertensioni affetti da angor, si potrà operare purchè l'ipertensione, di per sè stessa, non costituisca una minaccia imminente.

Risultati. Sono abbastanza incoraggianti. Mortalità operatoria che non giunge al 10 %; miglioramenti molto apprezzabili (che vanno dalla scomparsa assoluta alla diminuzione sensibile) nel 60 %; nel 30 %, risultati mediocri. Evidentemente, il cuore conserverà pur sempre un certo grado di sclerosi, di miocardite, di aortite, ma la soppressione del dolore costituisce già un buon risultato.

Poco di preciso si può dire sui risultati lontani; sono segnalati dei casi che datano da 5-6 anni, ma gli insuccessi non vengono menzionati. In generale, si può ritenere che gli operati hanno la sopravvivenza che loro permette lo stato del miocardio. *fil.*

Le iniezioni paravertebrali di alcool nelle cardialgie.

(L. LEVY e R. L. MOORE. *Archives of intern. med.*, luglio 1931).

Gli AA. hanno trattato 9 malati con sclerosi delle coronarie, con dolori anginosi ribelli alle più varie terapie, mediante iniezioni paravertebrali di procaina al 1 % (5 cmc.) seguita da iniezione di 5 cmc. di alcool a 80°. Il metodo è stato usato in altri 57 casi analoghi per combattere la cardialgia.

Su 49 osservazioni utilizzabili, si è avuto quanto segue: cessazione completa o quasi del dolore nel 51 %; miglioramento in 34 %; insuccesso nel 15 %. In un caso degli AA., la scomparsa dei dolori data da 16 mesi, in altri la cessazione è stata temporanea.

Come conseguenze dell'iniezione, si sono osservate: 1) iperestesie della parete toracica e nevrite intercostale; 2) febbre, che è durata da qualche giorno a qualche settimana; 3) versamenti pleurici da lato iniettato; 4) sindrome di Bernard-Horner, che però tende a scomparire dopo settimane o mesi.

La tecnica non è difficile; deve esser però appresa sul cadavere.

Tale metodo di trattamento offre delle probabilità di successo; ha una base fisiologica solida ed è meno pericoloso che la resezione del simpatico cervicale. Trattasi però di una terapia unicamente sintomatica, su cui non si può ancora portare un giudizio sicuro, per il quale è necessario ottenere ulteriori prove. *fil.*

Una nuova via nella cura della trombosi.

(HAIM. *Arch. Klin. Chir.*, vol. 165, pagine 721, 1931).

La cura proposta si riferisce alle trombosi degli arti inferiori specie nei casi in cui l'edema dell'arto raggiunge notevoli dimensioni, con dolori vivi.

L'intervento chirurgico consiste in una incisione profonda praticata sulla faccia esterna della coscia e che interessa tutte le parti molli fino al periostio. La ferita resta ampiamente drenata.

Dall'incisione praticata esce una grandissima quantità di liquido; i dolori cessano quasi istantaneamente e la tumefazione dell'arto cede rapidamente. La guarigione oltre a essere accelerata è anche completa.

L'esperienza dell'A. si basa su quattro casi così trattati. Il meccanismo della guarigione sta nel fatto che l'edema, conseguente alla obliterazione delle vene mantiene, aggrava e

induce nuovi processi trombotici nelle vene non ancora colpite. L'incisione, provocando il deflusso del liquido edematoso migliora le condizioni circolatorie: il processo trombotico non progredisce, anzi tende verso la guarigione.

P. VALDONI.

FEGATO E VIE BILIARI.

La prova della galattosuria negli itteri.

(N. FIESSINGER, F. THIEBAUT, J. DIERYCK. *Annales de Médecine*, febbraio 1932).

L'esplorazione funzionale di un ittero non può riferirsi che alla funzione endocrina del fegato, dato che il disturbo della funzione biliare, di cui l'ittero è la prima espressione, non traduce con la sua intensità l'importanza della alterazioni del parenchima.

Due sono le ricerche che possono istruirci sullo stato della funzione endocrina epatica: la ricerca della funzione azotata (rapporto azotemico di Labbé, ecc.) e quella della funzione glicogenetica attraverso la prova della galattosuria alimentare: quest'ultima, se rigorosamente applicata può dare, secondo gli AA., indizi veramente preziosi già dal punto di vista diagnostico che prognostico. Fra i vari monosaccaridi è stato prescelto il galattosio perchè lo studio comparato del passaggio dei vari monosaccaridi attraverso i tessuti ha dimostrato come esso sia il meno trattenuto dai tessuti stessi e quindi il più facilmente eliminabile.

Tecnica della prova. Il soggetto sarà digiuno dalla mezzanotte: alle 8 meno 1/4 gli si vuoterà la vescica: alle otto egli prenderà 40 gr. di galattosio sciolto in 200 gr. di acqua tiepida. Si terrà il paziente a digiuno per 24 ore o almeno (e ciò in modo assoluto) dalle 8 alle 12; lo si farà urinare alle 10, alle 12, alle 18 e si raccoglieranno le urine in 3 diversi boccali: in un ultimo boccale si metteranno poi le urine della notte. In ciascun campione si farà il dosaggio chimico e polarimetrico e la ricerca del galattosazone.

Valore della prova. È stato molto discusso dai vari autori: si è infatti visto che anche nell'individuo normale dopo l'ingestione di 40 gr. di zucchero un poco di glucosio passa nelle urine, e siccome gli autori parlavano soltanto di positività o negatività della prova, i risultati mancavano di precisione: onde fu necessario stabilire una soglia di eliminazione normale (per alcuni AA. 1 gr. per altri 2) oltre la quale la glicosuria diventava patologica; fu necessario quindi ricorrere al dosaggio quantitativo del glucosio eliminato, dosaggio che mise in luce un altro grave difetto della prova: si vide cioè che esisteva un frequente disaccordo fra l'entità della glicosuria e la gravità dei quadri clinici, sì che la prova fu per essere abbandonata per la sua imprecisione.

Secondo gli AA. questa divergenza fra galattosuria e gravità clinica sparisce se si mette in campo un altro fattore e cioè la *diuresi*: uno stretto legame esiste infatti fra diuresi, galattosuria e lesioni cellulari epatiche. Basta quindi studiare la concentrazione del glucosio nelle urine di 24 ore raccolte in 4 volte per ottenere dei dati preziosi sia dal punto di vista diagnostico che prognostico.

I dati necessari sono dunque: eliminazione globale nelle 24 ore e parziale per ciascun prelevamento, concentrazione globale di zucchero per litro d'urina nelle 24 ore e concentrazione parziale per ciascun prelevamento.

Sin dall'inizio delle ricerche gli AA. furono colpiti dall'importanza dell'eliminazione idrurica in rapporto all'eliminazione del galattosio. Vari sono i fattori che possono influenzare il passaggio del galattosio e dell'acqua e principalmente l'attraversamento digestivo, tissulare e renale. Per quanto riguarda il galattosio la fissazione nei tessuti è poco importante e così anche nel tubo gastro-enterico non si ha nessun fatto che disturbi l'assorbimento dello zucchero (come si riscontrò anche in casi di ascite cirrotica). Per il passaggio renale si è notato in nefriti sclerotiche una modificazione nell'eliminazione ma non un impedimento.

Per l'acqua il problema è più complesso ma il fatto stesso che in alcuni casi si abbia ritenzione d'acqua (per varie cause) mentre l'eliminazione dello zucchero è normale (e ciò per insufficienza galattopessica del fegato) depone per l'esistenza di una lesione epatica.

Studio critico dei risultati.

Negli *itteri catarrali* l'eliminazione globale del galattosio si mostra notevolmente elevata ma non concordante con il miglioramento clinico: lo stesso per l'eliminazione parziale. La concentrazione globale segue invece fedelmente il decorso clinico e la si vede gradatamente decrescere man mano che il malato migliora. La concentrazione parziale infine dà luogo ad una curva molto particolare, sintomatica di una epatite acuta primitiva, sviluppatasi su un fegato non affetto da lesioni croniche importanti: si nota cioè una forte concentrazione iniziale nel primo campione di urine con brusco abbassamento della concentrazione nei campioni successivi.

Entrando il paz. in convalescenza la concentrazione diminuisce gradatamente nel primo campione diventando quasi nulla nei successivi: non notandosi questa graduale diminuzione bisogna pensare ad una trasformazione dell'epatite acuta in una forma cronica. Questa curva è stata controllata su 100 casi di affezioni epatiche varie ed è risultata costante

quindi sicura sia dal punto di vista diagnostico che prognostico.

Questa stessa curva fu notata in un caso di ittero nel corso di una polmonite.

In due casi di *ittero spirochetosico* e in un caso di *epato-nefrite* nel corso di ascesso polmonare la curva era in sostanza caratteristica per una epatite acuta ma era modificata dalla coesistente nefrite: si aveva cioè eliminazione globale moderata, concentrazione debole per la coesistente abbondanza della diuresi, eliminazione a scalini. Si può pensare che la nefrite albuminurica che esisteva in questi malati sia responsabile della eliminazione lenta e prolungata: infatti l'eliminazione del galattosio è disturbata, non impedita dalla coesistenza di una nefrite (da cui importanza della ricerca dell'albumina nelle urine in tali casi).

Nelle cirrosi la prova al galattosio offre un grande interesse per la diagnosi; infatti l'ittero sorprende il malato in piena salute apparente, a cirrosi ancora larvata: l'ascite segue dopo qualche giorno. La prova del galattosio dà la curva epatitica e ciò è confermato dai dati anatomo-patologici che hanno dimostrato in tale stadio una epatite degenerativa: è come se una epatite venisse improvvisamente a complicare una cirrosi sino a quel momento latente.

In un caso di *morbo di Hanot* con fistola biliare si notò una eliminazione caratteristica mai riscontrata prima: debole eliminazione e concentrazione globale, concentrazioni parziali uguali alla globale. È un comportamento che ricorda molto quello del rene sclerotico verso le prove di concentrazione e di eliminazione. Agli AA. sembrò che tale comportamento indicasse che la funzione glicogenetica del fegato fosse poco colpita, fu fatta prognosi buona ed il p. fu operato favorevolmente.

Analogamente in alcuni casi di *ittero da calcoli del coledoco* la prova della galattosuria si è dimostrata preziosa per stabilire l'esistenza o meno di una epatite e per la prognosi di un eventuale intervento: così anche in alcuni casi di *itteri da neoplasie epatiche* si potè stabilire approssimativamente l'estensione maggiore o minore delle lesioni.

Questa rapida scorsa all'accurato lavoro degli AA. mette in luce l'importanza della galattosuria nello studio degli itteri: si può sperare con questa prova di svelare l'epatite a condizione di non tener conto solo della eliminazione bensì anche della concentrazione; essa permette altresì di valutare la gravezza della lesione epatica e ne segue l'evoluzione; è un metodo preziosissimo che dovrebbe trovare il suo posto fra le più comuni ricerche della clinica.

G. LA CAVA.

Gli stati epatobiliari pseudolitiasici.

(P. SAVY. *Revue Méd. de la Suisse Romande*, 25 genn. 1932).

L'A. dopo aver ricordato come spesso avvenga che ad una netta sintomatologia di coliche epatiche non si accompagni all'atto operatorio il rinvenimento di calcoli nell'apparato epatobiliare, passa in rassegna le cause più frequenti capaci di causarla. Cause morbose che l'A. raggruppa in: 1) stati infiammatori; 2) stati meccanici; 3) turbe secretorie; 4) cause d'origine puramente epatica.

Ai primi appartengono le colecistiti retratte, sclerose; le colecistiti infiammatorie leggere (da stafilococco, coli, streptococco, paratifo), quelle da parassiti (ameba, ascaris, Lamblia) e le colecisti a fragola.

Le cause meccaniche delle coliche possono esser date: 1) per quanto riguarda la colecisti, da un anormale allungamento di quest'organo, da aderenze peritoneali localizzate, da anomalie del canale cistico, da quello stato che i francesi chiamano di colecisti « flottante » (colecisti con meso); 2) per quanto riguarda la via principale di passaggio: da pancreatite, coledocite, spasmo o sclerosi dello sfintere di Oddi.

La principale turba secretoria è data dall'iperemucogenesi (la bile si presenta troppo spessa e abbondante per notevole contenuto di muco dovuto al alterazione delle ghiandole parietali della colecisti).

Crisi d'origine epatica possono esser dovute a freddo, ad emozione ad anafilassi alimentare, ecc.

Di tutti questi stati l'A. cerca sceverare la sintomatologia subbiettiva, e obbiettiva (specialmente di laboratorio chimico, batteriologico e radiologico) per giungere il più possibile a una diagnosi esatta, tanto più importante in quanto che i diversi stati richiedono trattamenti diversi.

Negli stati d'origine infiammatoria, infatti, l'A. consiglia senz'altro di procedere alla colecistectomia, tranne nelle forme da parassiti nelle quali, per alcuni casi almeno, i preparati arsenicali si dimostrano di notevole efficacia.

Negli stati d'origine meccanica, a sede in colecisti consiglia pure la colecistectomia, mentre in quelli a sede in coledoco (o papilla) è da praticare la colecistoduodenostomia.

Nei casi di turbe secretorie si può agire aprendo una via più larga al deflusso (colecistoduodenostomia) o asportando con la colecisti le ghiandole produttrici del muco.

Negli stati d'origine puramente epatica il trattamento dovrà essere puramente medico nella maggior parte dei casi (regime alimentare, cure termali, disensibilizzazione ai peptoni, in certi casi sondaggio duodenale). Solo in casi ribelli si potrà ricorrere alla colecistoduo-

denostomia per far cessare l'ingorgo delle vie biliari, mettere a riposo la cellula malata e permettere a poco a poco di farla tornare allo stato normale. G. MELDOLESI.

La coledoco-epaticoscopia.

(CRACIUN e STEOPOL. *Presse Méd.*, 20 dic. 1931).

È certo che la esplorazione semplice ispettiva e palpatoria delle vie extraepatiche dopo laparatomia esplorativa lasciano molti punti dubbi sul reale stato di queste regioni e che molto si avvantaggerebbe la chirurgia se fosse dotata di migliori mezzi di esplorazione di questa importante zona. Basandosi su queste considerazioni.

Gli AA. hanno ideato uno strumento simile all'uretroscopio che essi usano per esplorare il coledoco e l'epatico dopo averli messi allo scoperto ed avere eseguito una coledocotomia di 4-5 m. subito al di sopra del bordo superiore del duodeno. Gli autori che non danno nel loro lavoro, per ora, alcuna spiegazione precisa sullo strumento ideato, pubblicano invece tre figure riproducenti lo sbocco del coledoco, quello dell'epatico e il punto di confluenza dei due canali. È certo, e da queste figure appare ben chiaro, che il metodo quando si sarà forniti di istrumentario adatto potrà avere grandi applicazioni diagnostiche e anche terapeutiche.

L. TONELLI.

Nuove osservazioni di ascite riassorbita con omentopessia (processo dei punti sierosi).

(I. FIOLLE. *Bull. Mém. Soc. Nat. Chir.*, n. 4, 7 febbraio 1931, pag. 141).

La omentopessia non può avere altro scopo che quello di rimediare più o meno all'impedimento meccanico della circolazione della porta. In conseguenza sono da escludersi da tale trattamento i casi, nei quali si presume esista una insufficienza epatica, con disturbi gravi epatici, così pure i grandi edematosi, i cachettici ecc.

L'A. ricorda tre casi di ascite da lui trattati alcuni anni or sono, e non sopravvissuti a causa delle cattive condizioni epatiche; e un caso il quale dopo molti anni dalla omeneopessia per ascite sopravvive.

Nel 1930 ha operato una donna di 50 anni con ascite, trattata con omentopessia secondo il suo metodo: laparatomia mediana, fissazione dell'omento al disotto di un ponte peritoneale, facendo sul peritoneo della parete anteriore dell'addome due incisioni orizzontali a 7-8 c.m. l'una dall'altra; scollamento della sierosa e fissazione dell'omento.

Con tale metodo l'A. ha ottenuto la guarigione nella ammalata da lui operata.

V. JURA.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA.

Prof. L. FERRANNINI. *La terapia clinica nella medicina pratica.* Seconda edizione accuratamente riveduta e notevolmente ampliata. Vol. di pagg. XII-644. Roma, Casa Editrice Luigi Pozzi, 1932-X; rilegato in tela: Prezzo L. 64.

Nove anni intercorsi tra la prima e seconda edizione della pregiata opera di Terapia clinica del prof. Ferrannini costituiscono, di fronte all'incalzante progresso della Medicina, la ragione precipua del poderoso lavoro di revisione e di ampliamento al quale l'A. si è dovuto accingere per aggiornare il suo libro ed arricchirlo delle più recenti acquisizioni.

Egli ha seguito, nella distribuzione delle varie parti, un criterio eminentemente pratico, cioè corrispondente al naturale procedimento dialettico che si svolge nella mente del medico, quando passa dall'osservazione del malato alla ricostruzione diagnostica ed infine alle applicazioni terapeutiche.

Nella 1ª parte del volume sono svolti gli argomenti riguardanti la terapia etiologica, cioè quella che ogni buon medico ha il dovere di applicare quando, rintracciata la causa di un processo morboso, sia in grado di utilizzare i procedimenti terapeutici destinati a sopprimerla. Se ciò non è possibile, o perchè ignoriamo la causa specifica di una determinata entità clinica, o perchè, pur essendo conosciuta la causa, non disponiamo dei rimedi atti a sopprimerla, è naturale e logico compito del medico quello di crogiuolare attraverso la disamina critica dei meccanismi patogenetici i complessi sintomatici o le sindromi fondamentali che costituiscono, direi così, l'anima del processo morboso: allora l'impossibilità di applicare la cura etiologica o specifica è in certo modo compensata dalla possibilità di neutralizzare quei meccanismi di ordine fisiopatologico che condizionano la malattia attraverso la rottura degli equilibri funzionali. E infatti nella 2ª parte del volume, che è naturalmente la più vasta e complessa, l'A. svolge la terapia sintomatico-patogenetica, ispirandosi, nella disposizione dei vari capitoli, ad una classificazione per la quale la terapia concernente ogni singolo apparecchio viene distinta a seconda della qualità del disturbo fondamentale o del predominante tipo di alterazione funzionale che ne è la clinica espressione. Tutte le forme di perturbamento funzionale e per tutti gli apparecchi sono prese di mira, di guisa che non c'è malattia, o sindrome, o alterazione fondamentale, che non trovi in questa parte una sufficiente trattazione, per quanto riguarda la rispettiva terapia.

Nella 3ª parte del volume l'A. prospetta con una certa brevità, che non torna a scapito della relativa completezza, le norme terapeutiche più importanti per ciascuna delle malattie

principali, anche queste elencate a seconda degli apparecchi, dei quali rappresentano il danno.

Un indiscusso pregio dell'opera è, accanto alla razionale e motivata esposizione delle norme, criteri ed applicazioni terapeutiche per ogni singolo aspetto della patologia clinica, la ricchezza delle prescrizioni medicamentose sotto forma delle più svariate e significative ricette, che costituiscono una vera miniera posologica, veramente utile e preziosa per tutti, ma principalmente per chi si accinga ad affrontare i primi cimenti professionali.

In complesso abbiamo ragione di prevedere che anche a questo volume, edito nella nitida ed elegante veste tipografica, che è oramai diventata una tradizione nella « Collana Manuali del Policlinico » arrida il più largo successo di diffusione, suggellando il non tenue sforzo di chi ha saputo conquistare quest'altro titolo di benemerenza nell'educazione scientifica e pratica dei giovani medici.

Prof. Giovanni Antonelli,
medico primario, Osp. Policlinico Umb. I, Roma.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

E. Moniz. *Diagnostic des Tumeurs cérébrales et épreuve de l'encéphalographie artérielle.* Editore Masson, Parigi. Fr. 100.

Dopo avere ampiamente trattata la sintomatologia ordinaria dei tumori cerebrali nelle loro varie localizzazioni, il Moniz espone un suo metodo di esplorazione ardito quanto ingegnoso.

Attraverso la carotide interna, che irriga la maggior parte del cervello, introduce nei vasi dell'encefalo una sostanza opaca ai raggi X (ioduro di sodio al 25 %), e con la radiografia della rete arteriosa cerebrale determina le modificazioni, le deformazioni indotte nelle arterie dal neoplasma, di cui si può così precisare la sede. Dr.

G. Tropeano. *I minorenni anormali.* Editore Morano, Napoli. L. 20.

L'A. espone osservazioni cliniche e rilievi statistici desunti da elementi forniti dalle scuole pubbliche e da alcuni istituti ospedalieri e di beneficenza di Napoli, per dedurne conclusioni sulla etiologia, profilassi e cura dell'anormalità minorile. G. D.

N. Gentile. *Elementi di riflessoterapia.* Editore Hoepli, Milano. Prezzo L. 22.

In questo manuale Hoepli, il dottor N. Gentile espone tutta la parte dottrinale, i metodi di applicazione e le indicazioni della riflessoterapia.

È il primo libro italiano che tratta in modo completo il tanto discusso metodo di cura, e su quelli esteri ha il vantaggio di essere più aggiornato.

Non mancano spunti originali in quanto l'A. si sforza di spiegare con vedute personali i successi vantati da alcuni assertori della riflessoterapia. G. D.

F. Manz. *El pronostico de las psicosis endogenos.* Editore Morata, Madrid. Prezzo Pesetas 6.

Studio accurato e profondo sulla patogenesi e sintomatologia della psicosi maniaco-depressiva e della schizofrenia con particolare riguardo al destino dei pazienti in tali infermità, desunto dal carattere e dal decorso del male nei singoli casi. Dr.

V. Loreuc e J. Laboulais. *Les poisons overtoniens.* Editore Maloine, Parigi.

Overton ha stabilito il fatto fisico che tutte le sostanze più o meno narcotizzanti sono solubili non solo nell'acqua, ma anche nei grassi. Tali sostanze perciò invadono le cellule attraverso due vie.

Ai veleni dotati di questa doppia solubilità fu dato il nome di overtoniani. Tra essi i più importanti sono l'alcool, gli oppiacei, l'etere ed il cloroformio, la nicotina, la cocaina, la caffeina e la teobromina.

Gli autori in questo piccolo volume studiano il meccanismo d'azione di queste sostanze e la ragione della loro elettività nervosa. Dr.

A. Leprince. *La vertébrothérapie.* Editore Maloine, Parigi.

La vertebroterapia è un metodo di cura che ha avuto una certa voga in America durante questi ultimi anni. Ha molte analogie con la riflessoterapia, e come questa si fonda su alcune favorevoli osservazioni empiriche e si presta alla ciarlataneria.

Il Leprince in questo piccolo volume si sforza di spiegare con l'anatomia e la fisiologia i principii e le applicazioni di tale terapia, la quale, certo, non può sperare prospera e lunga vita. G. D.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Società di Coltura Medica Novarese.

Seduta del 3 marzo 1932.
Presidente: prof. P. PIETRA.

Dott. P. A. BORELLA. — *Su di un caso di gangrena simmetrica agli arti inferiori secondaria ad angioite.*

Dott. V. GALLINA. — *Lesioni dei menischi del ginocchio.*

Discussione: prof. FERRERO.

Osservazioni e ricerche sull'anofelismo senza malaria.

Dott. G. FRONGIA. — L'O. è venuto alle seguenti conclusioni:

1) l'indice anofelico nelle risaie si mantiene elevato e costante, con assoluta prevalenza dell'*A. claviger;*

2) gli anofeli nelle risaie molto di raro si infestano naturalmente di malaria; nessun individuo malarico gamotifero e proveniente da regioni malariche ha dato luogo a nuovi focolai di infezione nelle zone risicole;

3) nei rari casi in cui gli anofeli delle risaie si infestano, le forme di malaria che essi producono si dimostrano molto miti e cedono facilmente all'azione del chinino senza determinare recidive;

4) la costanza dei referti negativi per l'infestazione malarica da parte degli anofeli delle risaie non trova certo ragione e spiegazione nell'abitudine degli stessi anofeli di pungere il sangue degli animali anzichè quello dell'uomo, in quanto essi, come dimostrano le osservazioni fatte, sono particolarmente avidi proprio di sangue umano;

5) la refrattarietà ad infestarsi degli anofeli delle regioni risicole è da ritenersi intimamente legata a profonde modificazioni dei caratteri somatici dell'insetto, avvenute lentamente e parallelamente alla trasformazione della cultura delle risaie, sino alla razionale bonifica attuale.

Epato-splenografia col Thorotrast.

Dott. E. GIUBERTONI. — L'O. dopo brevi cenni sul metodo di opacizzazione della milza e del fegato col Thorotrast, presenta alcuni interessanti casi clinici in cui il metodo si è dimostrato di buona utilità per l'accertamento di diagnosi dubbie.

In uno dei casi, ascesso epatico, l'indagine col Th. aveva dimostrato una vasta immagine lacunare policistica che occupava quasi tutto il lobo destro e parte del lobo sinistro del fegato.

In due casi di metastasi epatica di carcinoma gastrico, e di tumore pleurico, il fegato fortemente ingrandito appariva come costituito da numerosissime aree trasparenti di varia grandezza.

In un terzo caso già presentato alla R. Acc. di Medicina di Torino, da Ravenna, della Clin. Med. Generale, una cisti ematica della milza aveva distrutto quasi tutto il tessuto splenico i cui residui avevano fissato il Th. In altri casi di ipertrofia del fegato e di splenomegalia, il Th. permetteva di rilevare con esattezza forma e volume degli organi.

Interviene nella discussione il prof. PIETRA.

Prof. L. BACIALLI. — *Localizzazioni extra genitali di infezioni in puerperio.*

La febbre mestruale nella tubercolosi polmonare.

Dott. C. A. LUZZATTI — L'O. osserva da qualche anno il fenomeno in donne tubercolose. Ha raccolto sessantadue casi di cui 18 presentavano la febbre durante e dopo il flusso con aggravamento delle lesioni polmonari.

L'O. opina che tale febbre sia effettivamente dovuta all'infezione in corso, come già hanno affermato diversi AA. (Caussinon, Trentini, ecc.). In altre 44 donne ha osservato le caratteristiche costituzionali dell'abito longilineo, astenico. Tale febbre cade all'inizio del flusso. L'O. avanza perciò l'ipotesi che la febbre mestruale rientri in quelle alterazioni del sistema chemio-neuro-secretivo, proprie dei tubercolotici. Ritiene che la comparsa del fenomeno in giovanette, durante la convalescenza di malattie infettive, avvalori la sua ipotesi, perchè se la febbre premestruale fosse sintomo di lesioni tubercolari, probabilmente non sparirebbe bruscamente all'apparire del flusso, ma invece dovrebbe aumentare.

Suppone che il fenomeno ritenuto patognomonico della tubercolosi latente od iniziale, non sia forse che una pura concidenza, data la frequenza enorme dell'infezione tubercolare nei soggetti costituzionalmente predisposti, con le note del piccolo ipertiroidismo.

Dopo il prof. BACIALLI, nella discussione il prof. LUPO riferisce come, secondo ricerche radiografiche da lui eseguite per incitamento del prof. MICHELI, si notano, con estrema frequenza, nelle donne affette da febbre mestruale, segni di riacutizzazione di minimi focolai tubercolari polmonari.

Questi focolai, in genere noduli acinosi produttivi localizzati all'apice, si circondano, in periodo mestruale, di un alone perifocale ben rilevabile in radiogrammi molto precisi, che deve essere interpretato come segno di riacutizzazione del focolaio.

Data l'estrema frequenza di queste localizzazioni apicali di noduli acinosi, non è da escludersi che, in un buon numero di casi di febbre mestruale ad eziopatologia oscura, possa trattarsi di un fenomeno del tipo descritto.

Il Segretario: dott. L. FERRERO.

Società Medico-Chirurgica Veronese.

Seduta del 7 marzo 1932.
Presidente: Dott. F. DELAINI.

Pellagra ed eritemi pellagroidi.

M. ARTOM. — L'O. presenta alcuni casi di pellagra vera con triade classica cutanea, viscerale, nervosa ed alcuni casi tipici di eritemi pellagroidi. Tratta dei rapporti esistenti tra le due forme dimostrando con argomentazioni cliniche ed anatomo-patologiche che gli eritemi pellagroidi nella maggioranza dei casi altro non sono che forme di pellagra incompleta od attenuata. Tratta poi dei fenomeni di fotosensibilizzazione cutanea e dell'importanza ch'essi hanno nella patogenesi delle forme morbose di cui parla.

Considerazioni di due casi di poliartrite cronica nell'infanzia.

Dott.ssa Mafalda Pavia. — Illustra due casi di poliartrite cronica nell'infanzia: particolarmente notevole il primo in quanto presentava la tipica sintomatologia della malattia di Still; nel decorso di esso è degno di rilievo il fatto che si ebbe un lungo periodo di tregua con remissione di tutti i fenomeni morbosi subito dopo un morbillo decorso regolarmente. Nel secondo caso si trattava di una poliartrite simmetrica, apparentemente primitiva, con interessamento solo dei tessuti periarticolari e della capsula, a decorso cronico-progressivo, completamente apirettico. Interessante, dal punto di vista anamnestico, una disendocrinia famigliare e, dal punto di vista clinico, la presenza nella paziente di uno stato di basedowismo frusto.

Discussione: il prof. Artom parla della psoriasi artropatica ed espone le concezioni attuali relative ai rapporti tra tale forma e le disfunzioni endocrine.

G. Gottardi. — *Difterite genitale maschile nel bambino.*

Discussione: proff. Viana, Artom, Zambelli.

G. Zanni. — *Sugli ascessi nucali di origine otitica.*

O. Viana. — *Perforazioni uterine.*

Discussione: prof. Romani, dott. Oppi.

P. G. Biasi. — *Su di un caso di diabete insipido.*

Cistifellea a fragola con reperto colegistografico normale.

L. Perbellini. — L'O. espone il caso di una donna che da due anni andava soggetta a crisi biliari tipiche (dolori accessuali, vomito, febbre, ittero) in cui l'esame colecistografico dimostrò una cistifellea normale per sede, forma, funzionalità e l'esame del tubo digerente mise in evidenza segni di periduodenite. Al tavolo operatorio si trovò una macroscopica alterazione a fragola della vescichetta con pericolicistite. Rileva il contrasto clinico-radiologico ed insiste sulla utilità della ricerca dei segni indiretti, molto frequenti nelle lesioni del tipo di quella descritta.

M. Artom.

Accademia Medica Pistoiese " F. Pacini „.

Seduta del 23 marzo 1932 - X.

Presiede il prof. Cantieri.

La galattoforite puerperale e le sue conseguenze sull'allattamento.

Dott. Magni (direttore del Brefotrofio di Pistoia). — L'O., dopo aver richiamato l'attenzione sulla grande frequenza di questa malattia durante il periodo di attività lattogena della glandola mammaria, e specialmente nel puerperio, ne ricorda le principali cause patogenetiche.

Fa rilevare il carattere insistente, ed, il più spesso, subdolo della malattia per il che essa può facilmente sfuggire all'osservazione del medico.

Indica quindi i sintomi subbiettivi ed obbiettivi della nutrice affetta da galattoforite, nelle varie fasi del male, e si sofferma, in special modo, sul sintomo di Chassaignac e Boudin, come quello più sicuro per svelare l'esistenza dell'affezione canalicolare; aggiunge anche la descrizione dei sintomi che si presentano nel poppante al seno di donna malata di galattoforite.

Passa quindi ad indicare i sistemi di cura più efficaci per ottenere una sollecita guarigione: ed espone pure alcuni concetti di profilassi delle malattie del seno muliebre, e specie della galattoforite.

In ultimo tratta dei danni che questa malattia procura alla donna allattante ed al bimbo al seno. Dice che essa, oltre ad essere spesso il punto di origine di mastiti flemmonose, è certamente anche una delle cause principali, se non la principale, delle numerose ipogalassie ed agalassie precoci, che si riscontrano nelle donne che danno latte; e che può essere anche il punto di partenza di gravi malattie del seno muliebre, che insorgono al di là del climatere.

Si diffonde poi maggiormente sui danni che, dalla galattoforite della nutrice, risente il bimbo, che ne succhia il seno.

Un latte inquinato dall'infezione degli elementi glandulari o dei canali escretori della mammella, oltre a sottoporre il bambino a possibili e facili malattie infettive causate dai germi patogeni che la determinano, produce sicuramente in esso la maggior parte di quelle affezioni distrofiche, che si riscontrano non di rado in bimbi allattati al seno.

La maggior parte dei casi di rachitismo, di anemie, e di spasmofilia, che si osservano nei bambini ad allattamento naturale, debbano essere l'effetto di galattoforiti subacute e croniche passate inosservate o trascurate, quando non vi sia altra causa chiara che le determini. In quanto che quel tessuto, liquido inquinato, corrispondente al latte che sgorga da una mammella ammalata di galattoforite, il quale si trasfonde e si innesta nel nuovo essere in costruzione, deve certamente alterare il suo armonico sviluppo.

Assicura inoltre, per ripetuta esperienza propria, che con una sollecita cura del seno ammalato tutti questi danni si possono facilmente evitare. Da ciò desume la grande importanza che deve avere pel medico in generale, e pel pediatra in particolare, una oculata osservazione, e un esame minuzioso di ogni seno allattante per giungere ad una diagnosi precoce di questa malattia, che può essere l'origine di così notevoli danni alla salute del poppante.

L'esame radiologico della mammella nella galattoforite.

Dott. Romagnoli (direttore Istituto Radiologico RR. Spedali Riuniti di Pistoia). — L'O. il quale ha già pubblicato la prima parte del suo lavoro che riguarda la radiologia della mammella normale, espone adesso i risultati delle prime ricerche sulle « mammelle patologiche ».

Riassunto brevemente il quadro radiologico delle mammelle normali nel periodo della gestazione, del puerperio e dell'allattamento, l'O. istituisce il confronto con radiogrammi di mammelle affette da galattoforite ed espone quali sono i sintomi radiologici dell'affezione.

L'O. fa noto che egli sta cercando un preparato che possa servire la visualizzazione radiologica dei dotti galattofori e mostra alcuni radiogrammi ottenuti con iniezioni endovenose di sostanze opache, senza però avere ancora raggiunto risultati apprezzabili. *Il Segretario.*

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

DALLA PRATICA CORRENTE.

OSPEDALE CIVILE DI FINALE NELL'EMILIA
diretto dal prof. L. TORCHIANA.

Considerazioni sopra un caso di rettocele strozzato in gravidanza

per il dott. FABIO TORCHIANA.

Ho avuto l'opportunità di osservare e curare di recente, un caso molto interessante di rettocele prolassato dalla vulva, e strozzato attraverso l'ostio vulvare, che desidero rendere di pubblica ragione, per la grande rarità di simile evenienza. Dirò, anzi, che scorrendo la letteratura ostetrica di questi ultimi decenni, non ho riscontrato alcun caso che avesse somiglianza con quello da me osservato.

STORIA CLINICA. — M. Amabile, di anni 35, operaia, da Finale Emilia. Entra in Ospedale d'urgenza il 15 marzo 1931, perchè da circa 5 ore presenta in corrispondenza dei genitali esterni una tumefazione del volume di un pugno, di colorito bluastro che le dà forti dolori, e presentatasi improvvisamente. L'anamnesi familiare è negativa. La paziente dedita ai lavori dei campi è sempre stata bene. Mestruò la prima volta a 16 anni, in seguito le mestruazioni furono sempre regolari per quantità, qualità, intercorrenza. A 25 anni andò sposa ad un uomo sano e tutt'ora vivente; ebbe tre gravidanze a termine, e un aborto. Le gravidanze decorsero normalmente, i parti seguirono eutocici. Da questi però, residuò modico grado di cistocele e rettocele, constatato in questo Ospedale.

Attualmente è gravida di sette mesi. Nulla di notevole all'inizio; verso il quinto mese incominciò a notare senso di peso al perineo che ostacolava la deambulazione, unitamente a detta della paziente, a senso di turgore ai genitali. Circa cinque ore fa, essendo rimasta molto tempo in piedi, mentre faceva uno sforzo, stando in posizione accoccolata, avvertì all'improvviso fuoriuscire dai genitali, una massa molle che non le fu possibile reintrodurre Provò a porsi a letto nella speranza che tutto ritornasse alla norma. Non avendosi dalla posizione orizzontale alcun beneficio. fu chiamata la levatrice, la quale non orizzontandosi sull'entità della lesione, richiese l'intervento del medico, e successivamente si provvide all'invio della malata in Ospedale.

E. O. La donna è di buona costituzione, con addome disteso per gravidanza di sette mesi; il fondo dell'utero sorpassa di tre dita la circolare ombellicale, la testa è mobile in basso; il doppio battito è avvertibile in corrispondenza del quadrante addominale inferiore sinistro. La donna è portatrice di varici agli arti inferiori, e di emorroidi piuttosto voluminose. Dai genitali esterni fuoriesce una massa della grossezza di un pugno, di colorito ardesiaco, che presenta una specie di peduncolo, compresso tra la forchetta e le grandi labbra. La massa è fortemente dolente e dolorabile, la consistenza teso elastica, la superficie liscia. Facendo divaricare fortemente le grandi labbra, si riesce a introdurre un dito, fra queste e il colletto della massa prolassata che ha la grossezza di circa due pollici.

Si può così constatare che la massa parte dalla parete vaginale posteriore, e il peduncolo inizia a circa un dito traverso al di sopra della forchetta. L'esplorazione rettale è molto dolorosa; essa fa però apprezzare nella parete anteriore come un piccolo foro di circa due cm., attraverso il quale, con dolce pressione, si penetra come in un diverticolo del retto situato nell'interno della massa prolassata.

In base a queste constatazioni si può diagnosticare un rettocele prolassato e strozzato, e facendo ulteriormente divaricare le grandi labbra, si può con pazienti manovre, ridurre la massa e riporla in vagina. Si constata così che tutta la parete vaginale è turgida per grossi vasi venosi. Appena ridotta, la massa diminuisce di volume e il giorno dopo era completamente scomparsa; solo si costituì in quella zona che corrispondeva alla sommità della massa fuoriuscita, una necrosi di mucosa della grossezza di una moneta da 10 cent. nuovo conio, alla quale seguì completa riepitelizzazione, in circa 20 giorni.

L'esplorazione combinata vaginale e rettale praticata sia in posizione orizzontale che eretta, e, sotto l'impulso di notevoli sforzi, escluse nel modo più assoluto, che la donna fosse apportatrice di un edrocele

Invece furono osservate notevoli varici, occupanti tutta la vagina, specie nella parete posteriore. La donna dopo congruo periodo di osservazione, uscì dall'Ospedale in via di guarigione.

Osservata dopo un breve periodo di tempo, mostra la vagina occupata da numerose grosse varici, alcune peduncolate, massime nelle pareti anteriori e laterali.

Da ulteriori informazioni assunte, si sa che la donna al termine della gravidanza, partorì felicemente un feto assai sviluppato.

Ultimata l'esposizione del caso, certamente non frequente, desidero aggiungere alcune considerazioni.

Tre fattori sono da esaminare, volendo indagarne la patogenesi: *gravidanza; prolasso; alterato circolo locale*: fattori che si associano e si sommano, nel provocare, lentamente progredendo, l'insorgenza di un fatto acuto: lo strozzamento di una porzione di mucosa prolassata.

Osservandosi il prolasso genitale in donne che hanno avuto molti parti, possiamo a buon diritto ritenerlo come una conseguenza delle modificazioni che gravidanza e parto imprimono agli organi genitali, ai loro mezzi di sostegno, e al pavimento pelvico, sopratutto in donne predisposte e specialmente nelle neuro-artritiche.

Mi baso su questo concetto generalmente ammesso per venire ad una prima conclusione relativa al mio caso. Non esistendo nell'anam-

nesi familiare e personale della paziente alcuna tara, o forma morbosa degna di nota, dobbiamo considerare le precedenti e l'attuale gravidanza come fisiologiche, e quindi ricercare ragioni anatomo-fisiologiche alla forma insorta attualmente.

Questo mi porta ad esaminare le modifiche di circolo venoso in gravidanza, basandomi sulle nozioni più autorevoli e generalmente accolte.

La gravidanza spiega azione manifesta sulle vene, dando luogo a formazioni di varici, che possono aver sede in modo superficiale o profondo, agli arti inferiori, ai genitali esterni ed interni, all'ano, retto, uretra, vescica e tronco (natiche, inguini, reg. sotto-ombellicale).

Le varici insorgono generalmente dal V-VI mese di gravidanza, in poi, ma sono parecchi i casi in cui la loro comparsa si aveva fin dai primi giorni di gestazione. Escluse le forme di malattie generali, molte di queste ectasie venose ripetono la loro origine da azione meccanica di compressione sui vasi pelvici, e di replezione vasale di ritorno, causata dall'utero gravido, e favorita da condizioni particolari del soggetto.

Ma non tutte le varici sono da imputarsi a questa causa, massime quelle che insorgono nei primi mesi. È da ritenere pertanto che il fattore meccanico sia uno solo degli elementi causali delle varici, e che gli altri siano di natura biologica, e riposti essenzialmente nella iponutrizione della parete vasale.

Riportate queste considerazioni generali, vengo all'esame particolare del circolo venoso nelle basse vie genitali.

Tralascio le modalità di sbocco delle *vene iliache comuni*, nella *cava ascendente*, e considero l'*ipogastrica*, breve e voluminosa, la quale riceve le *vene pelviche*, che possiamo dividere in *extrapelviche* ed *intrapelviche*, e queste ultime in *parietali* e *viscerali*. Delle intrapelviche viscerali, oltre alle vescicali ed emorroidali medie, a noi interessano le *vene uterine* e le *vene vaginali*. Le *vene uterine* nascono dalla parte inferiore del *plesso uterino*, contraggono all'inizio connessioni con le *vene utero-ovariche* e col *plesso vaginale*, ed immettono nell'*ipogastrica*.

Le *vene vaginali* notevoli per numero e volume, nascono dalle reti della mucosa e della tunica muscolare, quindi si dirigono verso i lati dell'organo, formando da ciascun lato un plesso importante, il *plesso vaginale*, rete vascolare che abbraccia tutta la vagina, e che è in particolar modo sviluppata alla sua estremità inferiore. Esso comunica con tutte le reti vicine; in alto col plesso uterino, in basso con le vene del bulbo, in avanti col plesso vescicale, in dietro col sistema delle vene emorroidali. I tronchi che ne derivano, sboccano a destra e a sinistra nella *vena ipogastrica*.

Dobbiamo considerare infine, per completare questo quadro sintetico le *vene utero-ovariche*, originate dall'utero, dal leg. largo, dal leg. rotondo, dalle tube, dall'ovaia, le quali nell'utero contraggono anastomosi con le vene *uterine*, e terminano: la sinistra nella *vena renale sinistra*, la destra nella *vena cava inferiore*.

Da questo sguardo al circolo venoso genitale, siamo portati a due constatazioni: 1) il circolo venoso utero-ovarico, perviene alla *cava inferiore*, non solo attraverso l'*ipogastrica*, ma anche attraverso un tronco venoso autonomo, che nella cava immette, o direttamente, o per il tramite della vena renale; 2) i tronchi vaginali collettori, sboccano sia a destra che a sinistra nella *vena ipogastrica*.

Ho considerato minutamente questi fattori perchè appare da essi a sufficienza chiarito il fatto dello strozzamento acuto.

Il circolo venoso vaginale, è maggiormente difficoltato nel suo refluire, dalla presenza di una sola grande via di sbocco: l'*ipogastrica*.

Il prolasso mucoso già esistente ed ora aggravatosi, ha reso vieppiù tortuose e a circolo più lento le vene vaginali. Il refluire sarà poi ancora difficoltato dalla maggiore stasi in corrispondenza alla parte bassa delle pareti vaginali, e dalla posizione eretta tenuta per gran parte del giorno dalla donna. Questo stato di cose fa comprendere, come uno sforzo non notevole, possa determinare la sintomatologia attuale. Infatti l'azione della gravità da un lato, e la reazione della forchetta e delle grandi labbra dall'altro agendo su una porzione di mucosa prolassata, provocheranno una rapida stasi di circolo con le conseguenze notate.

RIASSUNTO.

L'A. illustra un caso di rettocele strozzato in gravidanza di 7 mesi, la patogenesi del quale deve riportarsi a voluminose varicosità della vagina, alcune peduncolate, che fuoriuscirono improvvisamente in seguito ad uno sforzo, stando la donna in posizione accoccolata.

La parete anteriore del retto prese direttamente parte alla costituzione della massa prolassata e il tutto rimase compresso tra le grandi labbra e la forchetta. Ridotta la massa seguì in breve guarigione.

CASISTICA E TERAPIA.

Occlusione gastrica intermittente da causa meccanica.

K. Meyer e H. Singer (*Surg. Gyn. e Obst.*, dic. 1931) riportano tre casi dovuti alla loro personale operazione e riassumono quelli riportati dagli altri AA. La sindrome clinica consiste in dolore all'addome alto, vomito del contenuto gastrico, dilatazione dello stomaco e ostruzione pilorica che radiologicamente si può stabilire da causa gastrica. Gli AA. distinguono quattro fattori etiologici. Il più comune è il tumore benigno peduncolato della parete gastrica che agisce da valvola e può destare movimenti peristaltici così violenti da causare un'intossicazione della porzione pilorica dello stomaco nel duodeno. Secondo fattore è costituito da epiteliomi a cavolfiore peduncolati. Il terzo sono le concrezioni calcaree (gastroliti) usate sopratutto come cura in talune affezioni gastriche. Il quarto è più raro (vi sono solo due casi nella letteratura di cui uno degli AA.) è dato dalla presenza di una plica della mucosa gastrica funzionante da valvola. V. GHIRON.

Dilatazione acuta del colon.

Analoga alla dilatazione acuta dello stomaco è quella del colon con la differenza che la seconda insorge indipendentemente da ogni atto operativo.

Secondo Schoemaker (*Arch. Klin. Chir.*, vol. 167, pag. 184, 1932) la sindrome è quella di una occlusione. Pazienti di 40-60 anni sono colpiti da dolore addominale diffuso con distensione dell'addome, vomito, stimolo imperioso alla defecazione senza che sia possibile l'emissione di feci e di gas. La diagnosi è sempre quella di una occlusione del colon da neoplasma. Nonostante la solita cura di lavaggi, di fisostigmina, pituitrina, ecc., la sindrome persiste immutata. L'indicazione all'intervento sembra urgente, ma all'intervento non è dato rinvenire alcun ostacolo meccanico, il colon è disteso e più notevolmente il trasverso.

Quando la diagnosi viene fatta esattamente all'atto operativo si applichi una piccola fistola nel cieco. Rapidamente il circolo normale si ristabilisce, il malato emette gas e feci dall'ano e in pochi giorni la fistola cecale è chiusa.

Tutti gli altri tipi di intervento, quando la diagnosi sia stata fatta esattamente sono da rigettare e per tale ragione è di importanza pratica la conoscenza della sindrome.

L'A. ha osservato personalmente 7 casi di cui riferisce le storie cliniche. P. VALDONI.

Pneumaturia in tubercolosi intestinale.

La pneumaturia sta a rappresentare la presenza di una comunicazione tra tratto intestinale e vie urinarie, per lo più vescica. Più raramente si tratta di fermentazione dell'urina da batteri.

Le cause della comparsa di fistole sono in genere perforazioni di tumori maligni intestinali o di perisigmoiditi.

Il caso osservato da S. Perlmann (*Zeitschr. f. Urol.*, vol. 25, pag. 450, 1931) riguarda una donna di 32 anni nella quale alcune settimane dopo un'esplorazione laparatomica per tubercolosi dell'intestino e del peritoneo comparve una pneumaturia; la cistoscopia dimostrò una zona di edema bolloso della parete posteriore da cui, con la pressione dall'addome, uscivano bollicine di gas. La fistola era certamente dovuta alla tbc. intestinale.

Casi di tal genere sono descritti raramente.

P. STEFANINI.

Ulcera duodenale ed ematuria.

P. Herszky (*Medizinische Klinik*, 6 febbraio 1932) rileva che dopo i recenti contributi allo studio degli intimi rapporti e delle correlazioni funzionali fra stomaco e rene (eliminazione gastrica di glucosio, acido salicilico e ioduro; aumento compensatorio dell'azoto non proteico nel succo gastrico in casi di ritenzione azotata da insufficienza renale) è lecito chiedersi se lesioni del tubo digerente non possano avere ripercussioni renali. Sotto questo punto di vista può essere interessante il caso di un uomo di 40 anni che, dopo essersi sottoposto nel marzo 1930 a un accurato esame medico per cefalee, svenimenti e vertigini ed essere stato giudicato esente da lesioni organiche, venne colto nel settembre dello stesso anno da dolori epigastrici e fu riconosciuto portatore di un'ulcera iuxtapilorica.

A un esame delle orine fu riscontrata una notevole ematuria microscopica, reperto poi non più presentatosi in altre successive ripetute ricerche; non albuminuria, non cilindruria, non disturbi della minzione, non reperti patologici alla cistoscopia.

Si può escludere che l'ulcera sia di natura uremica, nè si può pensare essere stato il processo ulcerativo favorito — come si avrebbe in alcuni casi secondo autori americani (Perry e Shaw) — da una nefrite cronica. È invece noto che frequentemente si hanno alterazioni renali, e principalmente ematuria, nell'appendicite; è ancora discusso se si tratti di una diffusione del processo infiammatorio al rene per via ematica o linfatica oppure se si tratti unicamente di un riflesso nervoso.

Per quest'ultima ipotesi propende l'A. nel suo caso, dato che si trattava di un soggetto con spiccata neurosi vasomotoria e data l'unicità del reperto ematurico; egli pensa ad un riflesso partente dal duodeno e trasmesso, attraverso il plesso solare e le successive vie simpatiche e vasali, fino al rene dove sarebbe in grado di produrre alterazioni secretorie e circolatorie. M. PISA.

Il trattamento con la pepsina dell'ulcera gastrica e duodenale.

K. Glaessner (*The Lancet*, 9 gennaio 1932), dopo aver sperimentalmente provato la possibilità di provocare delle ulcere nel sottocutaneo ed in altri tessuti mediante iniezione locale di succo gastrico e particolarmente di succo gastrico proveniente da individui portatori di ulcera gastrica, potè stabilire che un contemporaneo trattamento con pepsina per via sottocutanea abbreviava notevolmente il tempo di guarigione spontanea delle ulcerazioni sperimentalmente provocate nel modo suddetto. Partì da queste constatazioni per introdurre anche in patologia umana il trattamento pepsinico dell'ulcera gastrica, per il quale occorre usare materiale opportunamente preparato, filtrato per candele di porcellana che trattengono le comuni albumine e consentono il passaggio del fermento, e accuratissimamente neutralizzato. L'A. in questa nota riferisce particolareggiatamente le modalità del trattamento, che consiste essenzialmente in due serie annuali di una trentina di iniezioni a dosi crescenti e decrescenti, e che è privo di pericoli o noie se si toglie qualche raro caso in cui comparvero disturbi ritenuti dall'A. anafilattici. Vennero trattati circa 600 casi di ulcere gastriche e duodenali, di cui 94 completamente studiati mediante indagini cliniche e ricerche di laboratorio. Notevole valore hanno le indagini radiologiche: nel 72 % dei casi fu possibile constatare un miglioramento e cioè: scomparsa della sensibilità alla pressione, scomparsa di nicchie, migliore svuotamento. Anche clinicamente si ebbe una notevolissima remissione e a volte scomparsa dei sintomi. Col metodo suddetto, vennero trattate anche altre forme ulcerative con buoni risultati. CH.

Cura dell'appendicite perforata e gangrenosa con il siero antigangrenoso.

In un anno, in tutti i casi di appendicite gangrenosa e perforata Henschen (*Arch. Klin. Chir.*, vol. 167, pag. 220, 1932) ha impiegato largamente il siero polivalente per i germi della grangrena gassosa. Subito dopo l'operazione, il siero viene somministrato per via intramuscolare o endovenosa. I risultati clinici sono brillanti. Il decorso postoperatorio è più regolare, meno frequenti le complicazioni suppurative, più rapida la disintossicazione del malato. Su 21 casi si sono avuti altrettante guarigioni.

L'impiego del siero è giustificato dalle recenti ricerche negli anaerobi nelle appendiciti acute. Si è visto come parallelamente alla gravità dell'affezione aumenti il numero dei germi anaerobi e diminuisca quello dei germi aerobi. Nelle forme gravissime la flora microbica è rappresentata quasi esclusivamente dagli anaerobi della gangrena gassosa.

P. VALDONI.

Il tetracloretilene come antielmintico.

Ch. Garine, J. Rousset e B. Gonthier (*Soc. méd. hôptaux Paris*, 5 giugno 1931), hanno usato il tetracloretilene in capsule da 1 grammo, di cui ne somministrano tre al giorno per 3 giorni consecutivi, negli individui deboli; negli altri, se ne danno 3 il primo giorno, 4 il secondo e 5 il terzo, tenendo sempre un'ora di intervallo fra l'una e l'altra. Al terzo giorno e 3 ore dopo l'ingestione dell'ultima capsula, si dà un purgante salino (40 grammi di solfato di sodio). Gli AA. hanno tenuto i loro malati con le stesse prescrizioni dietetiche consigliate per il timol (astinenza rigorosa di ogni bevanda alcoolica, ingestione di molto latte).

Non hanno notato nessun inconveniente, salvo in qualcuno, un certo senso di ebbrezza. Nelle urine, non si è mai osservata albumina; il medicamento si elimina con le urine, in cui si può svelare per il colore rosa-arancio che prendono con l'acido nitrico.

Il medicamento si è mostrato efficacissimo contro l'Anchilostoma nonchè contro altri vermi (Tenie inermi, Ascaridi, Tricocefalo).

fil.

La cura delle emorroidi colle iniezioni sclerosanti.

Su questo argomento si è svolta un'ampia discussione alla Royal Society of Medecine nel maggio 1931. (*Proceedings of the Royal Soc. of Medec., Sezione Chirurg., Sottosezione di proctologia*, agosto 1931).

W. S. Perrin ha usato una mistura di acido fenico in liquido composto a parti uguali di acqua ed estratto liquido di hamamelis in modo da dare concentrazione di acido fenico al 10 %, successivamente modificò la soluzione portando la concentrazione a 20 % in soluzione di acqua e glicerina. L'uso dello speculum tubulare per mettere bene in evidenza le emorroidi ha l'inconveniente di non mettere in evidenza tutti i noduli emorroidari, lascia scivolare la superficie delle emorroidi al momento dell'iniezione e non permette di giudicare esattamente della grandezza delle emorroidi. Per questo egli adopera lo speculum di Allingham. I risultati della cura possono durare al massimo 10 anni. Il metodo non ha inconvenienti seri (egli ha curato in 8 anni 820 malati).

W. B. Gabriel ritiene che la cura delle iniezioni sclerosanti è controindicata quando c'è prolasso dei noduli emorroidari, o polipi, mentre l'indicazione migliore è quella delle emorroidi semplici, facilmente riducibili, senza proctite (in caso di proctite è bene intervenire solo dopo guarita questa). Egli adopera però soluzione oleosa di acido fenico al 5 % con buoni risultati: ha curato oltre 500 malati senza aver avuto incidenti. I risultati sono ottimi immediatamente e sono duraturi.

E. T. C. Milligan si è fermato a discutere delle modificazioni anatomiche provocate dal-

le iniezioni sclerosanti. Anche egli adopera soluzione fenica oleosa al 5 %. Invece Sir C. Gordon-Watson adopera la soluzione al 15 %.

Alla discussione hanno partecipato anche K. Murphy e T. Warwick dando i risultati della propria esperienza che sostanzialmente non differisce dalle precedenti. R. LUSENA.

SEMEIOTICA.

Iniezione endovenosa di morfina come ausilio diagnostico.

In casi di peritonite acuta di origine poco chiara, quando l'addome è dolente in totalità senza che in alcun punto esista una particolare sensibilità alla pressione, Hildebrandt (*Zentralblatt f. Chir.*, n. 39, 1931) pratica una iniezione endovenosa di morfina (g. 0,0075), lentamente, in una vena del braccio. Il dolore scompare immediatamente e la palpazione accurata dell'addome, con speciale riguardo a quegli organi che comunemente sogliono dare la peritonite, permette di individuare sicuramente una zona di speciale sensibilità alla pressione nella quale si trova il focolaio morboso originario. G. PACETTO.

MEDICINA SCIENTIFICA.

A proposito delle proprietà criptotossiche del salicilato di sodio.

H. Vincent (*Comptes Rendus de la Soc. de Biol.*, n. 34, 1931) rivendica giustamente la priorità delle sue ricerche sull'argomento: fu egli infatti che sin dal 1907-1908, in un insieme di ricerche sistematiche sulle criptotossine, fece conoscere l'esistenza di corpi non solamente colloidali (saponi), ma anche cristalloidi i quali possiedono la proprietà di neutralizzare le tossine microbiche e di combinarsi con esse per formare dei complessi che, iniettati agli animali, si mostrano immunigeni.

Fra i corpi numerosissimi che l'A. ha studiato, sono da segnalare specialmente i sali sodici di alcuni acidi della serie ciclica, particolarmente il salicilato di sodio ed il benzoato di sodio. G. LA CAVA.

VARIA.

La denutrizione volontaria della donna moderna.

Su questa tendenza della donna moderna a mantenere « la linea », richiama l'attenzione J. A. Beruti (*El Dia medico*, 30 novembre 1931) rilevando che tale denutrizione intenzionale assume dei caratteri allarmanti per la grande diffusione che ha preso e per le conseguenze patologiche che ne possono derivare.

Per questa vera malattia collettiva, che ha già fornito argomento a tanti caricaturisti, l'A. propone il nome di « Leptolatria ».

La denutrizione volontaria che la donna pratica con l'intento di perdere del peso si fa generalmente con metodi di ipoalimentazione. La maggior parte delle donne che la praticano non sono nè grasse, nè obese, nè grosse, ma hanno le riserve di grasso in quantità strettamente giusta, sicchè la denutrizione così raggiunta provoca un complesso di fenomeni plastici e patologici.

La deformazione plastica ottenuta col dimagramento intenzionale contribuisce in gran parte a sviluppare quel prototipo morfologico attuale, che tende alla figura magra, mascolinizzata ed antimaterna.

Le conseguenze patologiche della denutrizione comprendono una serie di fenomeni intimamente connessi, per cui ne viene modificato il triplice meccanismo ormonico, neuravegetativo e chimico interno. Ne deriva una serie di disturbi, quali:

Disturbi dinamici: stanchezza, facile affaticamento, capacità lavorativa ridotta.

Disturbi digestivi: diminuzione della capacità digestiva, mancanza di appetito, sensazione falsa di sazietà.

Disturbi della statica viscerale: rilasciamento delle pareti addominali, ptosi renale ed epatica, dolicogastria, ptosi intestinale, uterina, prolassi vaginali.

Disturbi delle ghiandole: riferentisi specialmente alla funzione ovarica (dismenorree, amenorree, meno- e metrorragie).

Disturbi cardiovascolari: soffi anorganici, eccitabilità cardiaca, tachicardia, palpitazioni, ipotensione cuore pendulo con mobilità eccessiva.

Disturbi del sistema nervoso: nevralgie, cefalea, nervosismo, insonnia, eccitabilità psichica, cambiamento di carattere, neurosi, fra cui l'A. ammette la « lipofobia ».

Disturbi diversi della gravidanza, del parto e del puerperio. La denutrizione volontaria, in rapporto con la vita endouterina e la prole costituisce però un tema non ancora chiarito e che abbisogna di ulteriori investigazioni.

La resistenza vitale della digiunatrice volontaria è notevolmente diminuita, diventando essa assai predisposta allo sviluppo di alcune infezioni specialmente della tubercolosi polmonare e genitale.

In linea generale, si può dire che l'ingrassamento è nocivo e che il dimagramento è salutare. Ma quando il dimagramento si fa a spese delle riserve indispensabili dell'organismo, come lo pratica la digiunatrice moderna e la lipofobica, allora esso costituisce un atto che merita la massima riprovazione medica e sociale.

Contro questa pubblica calamità, il rimedio è costituito da una propaganda preventiva e dalla rialimentazione. *fil.*

NELLA VITA PROFESSIONALE.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI

Il bilancio dell'Interno alla Camera.

Mentre questo numero va in macchina, si svolge alla Camera dei Deputati la discussione sul bilancio del Ministero dell'Interno; ne riferiremo nel prossimo numero per quanto riguarda i servizi igienico-sanitari.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BENEVENTO. *R. Prefettura.* — Posto di Ufficiale Sanitario. Stipendio L. 16.000 più quattro aumenti quadriennali del decimo. Età non superiore ai 45 anni dalla data di pubblicazione del bando (29 marzo c. a.) salvo le eccezioni di legge. Divieto del libero esercizio professionale. Documenti di rito. Tassa L. 50. Scadenza del termine utile per la presentazione dei titoli alla R. Prefettura di Benevento: ore dicianove del 29 giugno.

BITONTO (*Bari*). *Ospedale Civile.* — La scadenza del concorso ai posti di due Sanitari presso il suddetto ospedale, di cui al bando di concorso del 9 marzo, è stato prorogato a tutto il 25 aprile corrente.

BUSTO ARSIZIO (*Varese*). — Per titoli; stipendio L. 8000 decurtabile del 12 %, con cinque aumenti quadriennali del decimo; L. 3 per ogni povero in più dei mille; limite età anni 40, salvo eccezioni di legge. Scadenza 21 maggio.

CARPI (*Modena*). *Ospedale « B. Ramazzini ».* — Scad. 30 giu.; assistente; laurea da non oltre 3 anni; L. 5000 ridotte 12 %; quota integrativa 10 % dello stip.; 5 % atti operativi abbienti; alloggio, se celibe; età mass. 35 a.; tassa L. 50,10.

CASTELBUONO (*Palermo*). — Scad. 15 giu.; lire 7700 e 5 quadrienni dec.

CODIGORO (*Ferrara*). — Scad. 15 mag.; 3ª cond.; L. 11.500 oltre L. 3000 assegno complement. rivedibile, L. 920 c.-v. pei coniugati, L. 200 per i celibi, 5 quadrienni dec.; ritenute di legge; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

FIRENZE. *R. Arcispedale di S. Maria Nuova e Stabilimenti Riuniti.* — Al 30 apr., ore 17, due assistenti med.-chir.; età lim. 30 a.; L. 6400 da decurtarsi del 12 %, c.-v. e altre inden. regolamentari; titoli ed esami; doc. a 3 mesi dal 26 mar.; tassa L. 50.

FLUMERI (*Avellino*). — Scad. 30 apr.; L. 5461,50 nette del 12 % e 3 quadrienni dec., oltre L. 1760 nette per uff. san. (temporanee); età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

GUARDIA LOMBARDI (*Avellino*). — Scad. 19 giu.; L. 6484 e 5 quadrienni dec.; riduz. 12 %; età lim. 25-40 a.

JACURSO (*Catanzaro*). — Scad. 30 apr.; L. 7500; ritenute di legge; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

MESTRE. *Ospedale Civile Umberto I.* — Scad. 15 mag.; ore 17; chirurgo primario; età lim. 40 a. al 21 mar.; doc. poster. al 31 gen.; tassa L. 50,10; stip. L. 7000 e quattro quadrienni di L. 500, oltre L. 1000 serv. att.; riduz. 12 %; compartecipaz.

MONTECERIGNONE (*Pesaro*). — Scad. 30 apr.; lire 9000 e 4 quadrienni del quinto, oltre L. 600 c.-v., L. 2000 cavalc., L. 400 uff. san.; riduz. 12 %; età lim. 25-40 a.; tassa L. 50,10.

PARMA. *Consorzio Provinc. Antitubercolare.* — Scad. 15 giu.; direttore del consorzio (dispensario provinc.); L. 21.500 ridotte 12 %; indennità missione e trasferte; età lim. 45 a.; è inibito il libero esercizio professionale.

RE (*Novara*). — Scad. 15 giu.; L. 7920 e 5 quinquenni dec., oltre L. 440 uff. san., L. 132 ambulat., L. 880 alloggio, L. 880 trasp.; età lim. 25-45 a.; tassa L. 50.

ROSSANA (*Cuneo*). — Scad. 20 apr.; L. 8340 oltre L. 500 uff. san., L. 1000 trasp.; ridotto 12 %.

ROVIGO. *Amministrazione Provinciale.* — Direttore della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi. Per titoli ed esami. Stipendio iniziale L. 16.000. Indennità di carica L. 1500 annue; cinque aumenti periodici del decimo; ricostruzione parziale della carriera; indennità di caro-viveri; stipendi e indennità sono passibili della riduzione del 12 %. Età massima anni 45, salvo le eccezioni di legge. Scadenza del concorso ore diciasette del 20 maggio 1932.

S. SEVERINO MARCHE (*Macerata*). — Scad. 30 apr.; campagna; L. 7000 e 3 quadrienni dec., oltre c.-v. e L. 2400 cavalc.; riduz. 12 %; età lim. 24-40 a.

S. MARGHERITA BELICE (*Agrigento*). — Scad. 30 apr.; L. 9000 e 4 quadrienni dec.; età lim. 45 a.; tassa L. 50.

SAVIGNANO DI ROMAGNA (*Forlì*). — Scad. 30 mag.; 2º reparto; L. 9000 e 10 bienni ventes., oltre lire 3000 trasp., c.-v.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dall'1 apr.

SCIACCA (*Agrigento*). — Scad. 25 apr.; L. 8500 e 4 quadrienni dec.; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche, i compensi allo stipendio base.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Tommaso Carpentieri è stato incaricato dell'insegnamento di semeiotica medica nella R. Università di Bari.

Il prof. Giulio Alessandrini, direttore dell'Istituto di Parassitologia Medica della R. Università di Roma e professore nella Scuola Superiore di Malariologia è stato nominato socio della Pontificia Accademia delle Scienze « I Nuovi Lincei ».

La « Société nationale de chirurgie » di Parigi ha assegnato la medaglia d'oro Lannelongue al prof. Leriche di Lione. Alla medaglia va unito un premio di 5000 franchi. L'assegnazione ha luogo ogni 5 anni; le precedenti assegnazioni furono fatte a: Victor Horsley (Inghilterra), Henry Gaudier (Francia), G. W. Crile (Stati Uniti).

Il dott. H. S. Cumming, medico generale (direttore) del Servizio di Sanità Pubblica degli Stati Uniti, è confermato nella carica per un nuovo quadriennio.

L'Accademia Medica di Spagna ha assegnato un premio a due scrittori medici: il dott. F. Noguera, redattore-capo della « Gaceta Médica Española », e il dott. F. Perez, collaboratore di varie riviste mediche e redattore ordinario della rivista di cultura « A B C ».

I proff. L. Morquio e N. Navarro, di Montevideo, sono stati nominati membri onorari dell'Accademia di Medicina di Buenos Aires.

Il dott. Miguel Susini è nominato presidente del Dipartimento Nazionale d'Igiene della Repubblica Argentina (posto che corrisponde a direttore generale della Sanità Pubblica).

Il dott. Coracesco, chirurgo degli ospedali e docente all'Università di Bucarest, segretario di redazione della « Revista de Chirurgie » edita dallo « Spitalul de Copii » della stessa città, è nominato professore di patologia chirurgica all'Università di Jassy.

Il prof. Lenormant, di patologia chirurgica all'Università di Parigi, è trasferito alla cattedra di clinica chirurgica Cochin, in sostituzione del prof. Delbet, che va in riposo per limiti d'età.

Il dott. V. Sanchís Bayarrí è nominato professore d'igiene nella Facoltà medica di Madrid.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Trieste.

Conferenza del prof. Fischer.

Il 31 marzo ospite dell'Associazione Medica di Trieste ha tenuto una conferenza il prof. Walther Fischer dell'Università di Rostock sui « *Tumori maligni dei polmoni* » che fino al principio del secolo attuale pare costituissero una rarità. I casi denunciati nel 1912 a New-York erano 350. Un aumento notevole si ebbe all'epoca bellica e post-bellica; ciò molto probabilmente in rapporto all'affinamento della diagnosi e dei mezzi diagnostici.

La loro frequenza è piuttosto rilevante se a Mosca (ove come è noto il 50 % dei morti vengono sottoposti ad autopsia) sul materiale anatomo-patologico di tumori, la frequenza dei tumori dei polmoni è del 13 %.

L'età più frequentemente interessata è tra i 50 anni. La preferenza pare per i maschi e per il polmone destro rispetto al sinistro in ragione di 3:1.

Si possono con difficoltà fare delle distinzioni di ordine anatomo-patologico p. es. in tipo nodoso (di aspetto massivo); tipo diffuso (infiltrante); tipo miliare.

L'accrescimento può essere interstiziale o intraalveolare e verso il mediastino, il pericardio e la pleura.

Essi possono dar luogo alla formazione di vere e proprie caverne con erosione dell'arteria polmonare.

La sintomatologia clinica è molto varia, la diagnosi sempre difficile.

Nel 10 % dei casi i fatti clinici predominanti sono a carico delle metastasi.

Si hanno raccolte pleuriche di varia specie e la diagnosi microscopica nei riguardi della presenza o meno di elementi neoplastici nell'essudato o nello sputo non è sempre facile e sicura.

La istologia di questi tumori è molto varia nello stesso tumore. Si possono avere le complicazioni più strane, come il caso di un adenocarcinoma del polmone penetrato nel tessuto di una mammella e diagnosticato come esclusivo di quest'ultima.

Si distinguono: carcinomi parvicellulari, classificati in passato come sarcomi, e carcinomi polimorfi con formazione di cellule giganti e frequenti elementi in via di corneificazione.

Nei riguardi della eziologia essi possono derivare dall'epitelio bronchiale (ipotesi più accettata) e dall'epitelio alveolare. Parrebbe doversi valutare quale fattore eziologico l'influenza che predisporrebbe l'epitelio bronchiale alle metaplasie.

Una ipotesi più recente sarebbe che l'aumento post-bellico sia in un qualche rapporto coll'uso dei gas venefici, ma ciò non è dimostrato dai fatti.

Così pure si è voluto vederne una causa nell'ampio sviluppo dell'automobile e conseguente prolungata respirazione di gas di combustione. A ciò però si può obiettare che a Mosca i tumori maligni dei polmoni sono frequenti pur essendo ancora limitato l'uso delle automobili. Nè può trattarsi del catrame delle strade asfaltate perchè Parigi conta una bassa cifra di neoplasie di questo genere. Poca importanza possiede pure l'infezione sifilitica e tubercolare.

Importante fattore eziologico è invece la pol-

vere, specie poi in determinate condizioni di ambiente, nei cavatori, minatori, ecc.

È degna del più grande interesse l'osservazione che una particolare frequenza di cancri dei polmoni viene constatata nei lavoratori di materiale radifero.

Conferenza del prof. Rondoni.

Il 1° aprile nella Sede dell'Associazione Medica Triestina il chiar. prof. P Rondoni della R. Università di Milano, reduce da un ciclo di conferenze presso l'università di Praga, ha tenuto di fronte ad un numerosissimo uditorio di medici una conferenza sulla: « *Biologia della cellula del cancro* ».

Premesso che il noto paragone della cellula cancerigna alla cellula embrionale sia di scarso valore, perchè la cellula cancerigna è priva del determinismo finalistico della cellula embrionale. Analizzando l'istologia fine della cellula tumorale l'O. passa in rassegna critica le varie inclusioni descritte da diversi autori come caratteristiche per queste cellule.

Una grande importanza riveste la questione dei cromosomi che nelle cellule cancerigne si trovano in numero molto maggiore a quello delle altre cellule del corpo. Su questi reperti si basano le concezioni del Boveri che considera la cellula tumorale come il prodotto di un fenomeno di mutazione nel senso di De Vries. Sempre in questo ordine di idee Iakoby ritiene che la cellula neoplastica abbia una specificità cromosomica.

Le caratteristiche biochimiche della cellula tumorale si possono riassumere come segue: il contenuto idrico è aumentato, la resistenza elettrica è diminuita, il potassio è aumentato (come in genere in tutti i tessuti in via di attiva moltiplicazione), come relativa diminuzione del calcio.

L'O. rileva la grande importanza del metabolismo dei carboidrati nelle cellule tumorali la cui conoscenza è dovuta principalmente agli studi di Otto Warburg. Questo autore potè dimostrare come le cellule neoplastiche vivano principalmente a spese di processi di scissione, di glicosi. All'opposto di quanto succede nelle cellule normali in cui prevalgono i processi ossidativi. Questo fenomeno deve essere considerato come d'indole generativa e adattiva che però non spiega la malignità della cellula.

Passando poi al metabolismo dei grassi e dei lipoidi l'O. rileva come la colesterina aumenta la crescita dei tumori, mentre la lecitina ne frena lo sviluppo. L'oratore potè però dimostrare come altri estratti d'organi presentano un comportamento analogo.

Sempre secondo ricerche condotte nel laboratorio dell'O., nell'Istituto del Cancro di Milano, la concentrazione lipoidale assume nel corpo dell'animale portatore di tumori maligni una fisonomia speciale.

Le cellule cancerigne condividono la specificità di gruppo dell'individuo a cui appartengono. Esse hanno anche una specificità sierologica che fa sorgere la speranza di poter un giorno trovare una sierodiagnosi della malattia. Nelle culture in vitro la cellula neoplastica rivela una grande labilità: essa si comporta come una cellula malata e muore precocemente.

L'oratore ha studiato il rapporto fra comportamento fermentativo e comportamento lipoidale nella cellula cancerigna ed ha potuto constatare che i lipoidi attivano i fermenti cellulari.

La scoperta più importante degli ultimi anni, dovuta ad Alberto Fischer, è che le cellule coltivate in vitro anche per anni, riportate nell'organismo riproducono il tumore. Queste ricerche dimostrano come influenze organistiche siano d'importanza nella perpetuazione della malignità di queste cellule. Invece non è riuscita sicuramente la trasformazione in vitro di cellule normali in cellule tumorali. REVOLTELLA.

NOTIZIE DIVERSE.

Il problema edilizio dell'Ateneo romano.

Alla presenza del Capo del Governo, si è costituito a Palazzo Venezia il Consorzio per la sistemazione edilizia della R. Università di Roma. Erano presenti i ministri Giuliano, Mosconi, Bottai, Di Crollalanza, il principe Boncompagni Ludovisi, il principe Piero Colonna, il sen. Bevione, il prof. on. Piero De Francisci, il gr. uff. Paolo Meldolaghi, il gr. uff. Frascherelli ed altre autorità e competenze. Il Consorzio è stato costituito fra lo Stato e vari Enti ed Istituti, per un totale di 70 milioni di lire, con cui si provvederà a costruire 11 grandiosi edifizi ed a sistemarne definitivamente altri. La spesa è ripartita in dieci esercizi.

La previdente iniziativa del Duce fa sì che l'Università romana abbia sede ampia e degna per i suoi bisogni attuali e per gli sviluppi avvenire.

I lavori avranno inizio nel prossimo ottobre e saranno attivamente proseguiti in modo da inaugurare tutti gli undici nuovi edifici universitari il 21 aprile del 1935 - Anno XIII.

I lavori del nuovo Istituto di Sanità Pubblica.

Il Capo del Governo si è recato a visitare i lavori dell'Istituto di Sanità Pubblica, che funzionerà alla diretta dipendenza del Ministero dell'Interno (Direzione Generale della Sanità Pubblica) e che ha essenzialmente due scopi: quello di concentrare in ambienti adatti sotto ogni riguardo e modernamente attrezzati per impianti e mezzi strumentali, i laboratori scientifici dipendenti dalla Direzione Generale di Sanità; e quello di specializzare il personale già addetto o che vuole dedicarsi ai servizi di sanità e di igiene alla dipendenza dello Stato, delle Provincie, dei Comuni e delle pubbliche amministrazioni in genere.

Il compito di provvedere alla costruzione ed all'arredamento dell'Istituto, con mezzi assegnati dalla Fondazione Rockefeller, è stato demandato ad una speciale Commissione.

L'edificio è composto di un corpo di fabbrica principale lungo m. 155, prospiciente sul viale Regina Margherita, e di tre corpi retrostanti al primo.

La distribuzione dei servizi è stata compiuta con senso di armonia e di organicità.

L'Istituto sarà inaugurato il 28 ottobre dell'anno XI.

Congresso internazionale di anatomia.

L'Associazione degli anatomici ha tenuto la sua riunione annuale a Nancy dal 20 al 24 marzo, sotto la presidenza del prof. J. Jolly. Vi erano rappresentate 14 Nazioni, tra cui l'Italia. Hanno avuto luogo interessanti comunicazioni. Al congresso è stata unita una mostra (di preparati ana-

tomici, preparati microscopici, radiografie, modelli, ecc.).

Un sontuoso ricevimento è stato offerto dal municipio ai congressisti.

Questi si sono recati a Verdun e ai campi di battaglia prossimi ed hanno deposto delle corone di fiori nell'ossario nazionale di Donaumont.

1° Congresso internazionale sull'asma.

Come abbiamo annunziato, si terrà a Mont-Dore (Francia) nei giorni 4 e 5 giugno. A rappresentare l'Italia è stato designato il prof Frugoni. Per informazioni rivolgersi al Dr. J. Galup, secrétaire général du Congrès international sur l'Asthme, rue Auber 19, Paris (IXe).

7° Congresso internazionale di protezione dell'infanzia.

Questo congresso, di cui abbiamo già dato notizia, si adunerà a Parigi dal 5 al 9 luglio 1933.

Per informazioni rivolgersi alla segreteria, che ha sede presso il « Comité National de l'Enfance », boulevard de Vaugirard 26, Paris (XVe).

II Congresso di psicotecnica applicata alla prevenzione degli infortuni stradali.

Dovuto alla fervida iniziativa del prof. Carlo Foà e sotto gli auspici e nella sede della Confederazione nazionale dei trasporti, si è svolto in Roma — dal 5 al 7 aprile — il II Congresso della Società italiana di medicina sociale che ha trattato i problemi della psicotecnica in rapporto con gli infortuni stradali. I temi svolti erano tutti intonati alla soluzione dei problemi pratici diretti ad evitare gli infortuni stradali, che dànno una gran falange di vittime, in continuo aumento.

Ne sono stati relatori: C. Gini e L. De Berardinis, A. Gemelli e M. Ponzo, C. Ottolenghi, P. Boveri e A. Ciampolini, A. Cazzaniga, G. Corberi e V. Massarotti, A. Filippini, G. Bergami. I lavori del Congresso, che è stato inaugurato da S. E. Bottai e chiuso da S. E. Alfieri, si sono svolti in un ambiente di serene ed elevate discussioni e sono poi stati riassunti in un'ampia ed eccellente relazione del sen. R. De Vito e sintetizzati in ordini del giorno, di cui si spera una non lontana attuazione pratica.

9° Congresso medico siciliano.

Ricordiamo che avrà luogo a Catania durante i giorni 6-9 maggio. Saranno svolte le seguenti relazioni: « Addome acuto », proff. Muscatello e Zurria; « La lotta antimalarica in Sicilia », prof. E. Di Mattei; « La cura immunitaria della tubercolosi », prof. L. Ferrannini; « L'importanza sociale della cura immunitaria nella tubercolosi », prof. L. Sagona; « L'alimentazione lattea nei piccoli e grandi centri », dott. G. La Rosa; « Spunti di patologia regionale », prof. M. Ascoli; « Patologia delle zolfare in Sicilia », dottori Di Giovanni e Di Mattei; « Cassa di previdenza per medici », dottori Salpietra e Palermo.

Durante il congresso si terranno: la riunione della sezione siciliana medici condotti, il raduno nazionale dei medici che ricoprono cariche pubbliche ed amministrative, la riunione della sezione siciliana della Società di idrologia e climatologia, la 1ª Mostra nazionale del farmaco e del libro italiano. Saranno pure organizzate varie gite nei dintorni di Catania.

Rivolgersi al Comitato, palazzo della Provincia. Catania.

22° Congresso francese di medicina.

Avrà luogo a Parigi dal 10 al 12 ottobre, sotto la presidenza del prof. Bezançon. Temi: « La linfogranulomatosi maligna »; « Le acrocianosi »; « Il trattamento medico-chirurgico degli ascessi del polmone ». Per informazioni rivolgersi al segretario generale, Dr. Abrami, rue de Lille 9, Paris.

17° Congresso francese di medicina legale.

Si svolgerà a Parigi durante i giorni 23-25 maggio, nell'Istituto di Medicina legale e nell'Asilo S. Anna. Temi di relazione: « Le lesioni del fegato nella sommersione », prof. S. Martin di Lione; « Traumatismi e sindrome parkinsoniana », proff. Naville e De Morsier di Ginevra; « La psicanalisi in medicina legale », prof. Genil-Perrin di Parigi.

La quota d'iscrizione è di franchi 60; per gli abbonati agli « Annales de Médecine legale » e per i membri della Società dei medici legali di lingua francese è di franchi 30.

Rivolgersi al dott. Vernis, quai de l'Horloge 29, Paris (IVe).

Corsi accelerati per medici condotti a Roma.

Ricordiamo che un corso di malariologia avrà luogo dal 9 al 31 maggio ed uno sulla clinica della tubercolosi dal 20 aprile al 20 maggio; sono in preparazione corsi di puericoltura e sulla lotta contro il cancro. Per ogni corso non si ammettono più di 50 iscritti; ma questi non devono essere meno di 25 perchè il corso abbia luogo. Rivolgersi al dott. gr. uff. Arnaldo Lusignoli, via Francesco Crispi 10, Roma.

Corso accelerato di tisiologia.

Dal 1° al 31 maggio p. v. nella Clinica Medica di Bari, diretta dal prof. Luigi Ferrannini, si terrà per laureati in Medicina un corso accelerato eminentemente pratico sulla diagnosi e cura della tubercolosi. A fine del corso sarà rilasciato apposito certificato a coloro che l'avranno assiduamente frequentato. Per iscriversi occorre farne domanda legale al Rettore dell'Università, unendo il certificato di laurea e la ricevuta della tassa di lire duecento che va versata all'economo dell'Università degli Studi « Benito Mussolini » di Bari.

Corso di patologia esotica e di parassitologia medica.

Nell'Istituto per le malattie nautiche e tropicali di Amburgo sarà tenuto quest'anno un corso dal 3 ottobre al 17 dicembre.

Il corso comprenderà conferenze, dimostrazioni ed esercizi pratici sui seguenti soggetti: clinica, etiologia, anatomia patologica, trasmissione delle malattie esotiche e lotta contro di esse; introduzione allo studio dei protozoi patogeni, dell'elmintologia e dell'entomologia medica, delle epizoonosi e dell'ispezione delle carni, dell'igiene nautica e tropicale. Prospetti particolareggiati dietro richiesta.

Il corso sarà tenuto dai signori: Fülleborn, Giemsa, Glage, Hecht, Martini, Mayer, Mühlens, Nauck, Paschen, Regendanz, Reichenow, Sannemann, Sonnenschein, Vogel, Weise.

I partecipanti al corso, purchè siano medici approvati, potranno a richiesta sottomettersi ad un esame finale; e se lo sosterranno con successo, sarà rimesso loro un diploma.

Si prega d'iscriversi al più tardi una settimana prima dell'apertura del corso e d'inviare ogni corrispondenza allo: Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten, Bernhard Nocht-Strasse 74, Hamburg 4 (Germania).

Corso di perfezionamento in pediatria.

Sarà tenuto presso la Clinica Infantile della Facoltà di Medicina di Strasburgo dal 10 al 22 ottobre, sotto la direzione del prof. Hohmer.

Saranno svolte le questioni pediatriche d'attualità; speciali lezioni saranno dedicate alla patologia e all'igiene alimentare del lattante.

Per l'Università di Bari.

Il Capo del Governo, accogliendo analoga richiesta del sen. prof. Alessandro Guaccero, commissario prefettizio dell'Ospedale Consorziale di Bari, ove hanno sede le Cliniche universitarie, ha concesso una sovvenzione di centomila lire all'Ente medesimo.

La Fondazione Carlo Forlanini.

La « Fondazione Carlo Forlanini », che ha sede presso la Clinica medica della R. Università di Milano, ha testè assegnato L. 12.000 all'Istituto di Igiene della R. Università di Siena diretto dal prof. Gianni Petragnani per la continuazione delle ricerche sul virus tubercolare e L. 8000 al prof. Luigi Villa direttore dell'Istituto di Patologia speciale medica della R. Università di Pavia per la continuazione di ricerche sulle tubercoline.

La Fondazione stessa si propone di costituire una biblioteca della tubercolosi, dove gli studiosi della patologia e della clinica della tubercolosi possano trovare i giornali e i libri che ne trattano.

Per promuovere le ricerche scientifiche in America.

La « Rockefeller Foundation » ha elargito 250 mila dollari alla Scuola medica dell'Università Vanderbilt, a condizione che le autorità amministrative della Scuola assicurino una somma complementare. Questo denaro dovrà essere consumato nello spazio di otto anni, per ricerche scientifiche.

Il « General Education Board » ha elargito alla biblioteca medica della stessa Università, 50 mila dollari, da consumare in un periodo di 4 anni.

All'Istituto Ravaschieri.

I Principi di Piemonte hanno visitato l'Istituto ortopedico Ravaschieri, fondato a Napoli nel 1900 dalla pietà della duchessa Teresa Ravaschieri. Furono ricevuti dall'Alto Commissario Baratono e dal Corpo sanitario al completo, con a capo il prof. Edoardo Salvia. S'intrattennero nei vari reparti: di chirurgia ortopedica, kinesiterapia, idroterapia, elettroterapia, officina ortopedica; s'interessarono alle condizioni dei piccoli ricoverati.

Museo di anatomia patologica in Germania.

È stato fondato nell'Ospedale municipale di Friedrichshain a Berlino e la direzione ne è stata affidata al prof. Ludwig Pick, eminente scienziato ed insegnante. Il museo intende giovare non solo alla cultura medica, ma anche alla cultura popolare. La perfetta installazione per le necroscopie, della quale dispone l'ospedale, ha consentito la raccolta di un materiale straordinariamente copioso.

Il prof. Pick è stato invitato dalla Società Harvey di New York a tenere una conferenza.

Il bilancio dell'assistenza pubblica a Parigi.

Il Consiglio municipale di Parigi ha approvato per il 1932 un sussidio all'Assistenza pubblica in 321.500.000 franchi circa, di cui solo 3.500.000 destinati ad opere caritatevoli. L'approvazione si è avuta dopo lunghe trattative, intercorse tra il direttore del Servizio di assistenza pubblica, Louis Mourier, e il ministro delle assicurazioni sociali, impegnatosi a sostenere le spese per l'ospedalizzazione degli assicurati.

L'Unione Medica del Canadà.

Ricorrendo il 60° anniversario di fondazione del periodico « L'Union Médicale du Canada », è stato pubblicato un volume giubilare contenente articoli di eminenti medici canadesi e amici della Francia: ricordi storici, la necrologia di Albert Lassalle, valente maestro della medicina, una serie di memorie pregevoli. La sede del periodico è: rue St.-André 3705, Montreal.

Nella stampa medica.

Ha iniziato le pubblicazioni la « Revista Brasileira de Cirurgia », che risponde allo sviluppo e ai progressi considerevoli della chirurgia nel Brasile. Tratto caratteristico: il periodico tende ad avvalorare i rapporti della chirurgia con tutte le altre discipline mediche; pubblicherà, al riguardo, una serie di articoli, affidati a personalità di alta competenza, come Fontes per la microbiologia, Austregesilo per la neurologia, Campos per la psichiatria, Legène per la medicina legale, ecc.

Il primo fascicolo, in bella veste tipografica, contiene 5 pregevoli lavori originali, corredati di tavole e figure; reca anche recensioni di libri e di periodici, ma questa parte è debole: alle riviste non sono riservate che due pagine. Non manca una rubrica di notizie.

Il periodico è diretto dal dott. R. Freire; la redazione e l'amministrazione hanno sede in Rio de Janeiro, rua Chile 15.

Augurî.

Propaganda antitubercolare.

La « Federazione Italiana Nazionale Fascista per la lotta contro la tubercolosi » ha diffuso un ottimo « decalogo » per la campagna antitubercolare.

Onoranze al prof. Simonini.

Il 3 aprile, all'Università di Modena, si sono svolte le onoranze al gr. uff. prof. Riccardo Simonini, in occasione del venticinquesimo anno del suo insegnamento di clinica pediatrica. Il rettore, prof. gr. uff. Colombini, ha portato l'adesione del ministro dell'Educazione nazionale; hanno poi parlato il preside della Facoltà di medicina prof. Donaggio, il prof. Allaria dell'Università di Torino, il prefetto comm. Perez, il segretario fe-

derale comm. Manni, il R. commissario del Comune di Castelvetro, paese nativo del festeggiato, il prof. Spinelli per gli studenti universitari. Ha ringraziato commosso il prof. Simonini, al quale è stato offerta una medaglia d'oro.

Nel pomeriggio ha avuto luogo un Congresso pediatrico regionale, presieduto per acclamazione dal prof. Simonini.

Una medaglia d'oro.

Il Pio Istituto Santo Spirito ed Ospedali Riuniti di Roma, in riconoscimento delle benemerenze acquistate dal prof. Uberto Arcangeli durante il suo lungo servizio negli Ospedali Riuniti di Roma, ha voluto decorare l'insigne medico di una grande medaglia d'oro, nella circostanza del compimento del suo 70° anno di età, 40° di primariato, 35° di insegnamento clinico. Ne riportiamo il fac simile.



Per l'occasione si è costituito un Comitato d'onore formato da clinici e patologi di varie Università italiane, nonchè da primari ospitalieri ed alte autorità della scienza, il quale ha voluto che fossero raccolti e ristampati in elegante volume gli scritti medici scelti, del festeggiato.

La cerimonia della consegna della medaglia e del volume, avrà luogo giovedì 21 aprile alle ore 10,30 nell'Aula dell'Accademia Medica di Roma al Policlinico Umberto I.

Il nostro giornale, che fu spesso onorato dei contributi scientifici del prof. Arcangeli, esprime al festeggiato il più cordiale compiacimento e fa voti che la di lui opera sia ancora lungamente conservata alla scienza ed all'umanità. L. P.

Crociere mediche.

Il periodico « Bruxelles-Médical » pel 1932 organizza due crociere: una alla banchisa polare ed una alle « isole del sole ».

Questa seconda avrà per meta le Canarie, le Baleari, le Azorre e la Sardegna; si toccheranno anche il Portogallo, la Spagna, il Marocco e l'Italia peninsulare (Livorno); sono previste varie escursioni; partenza da Bordeaux, ritorno a Marsiglia; prezzo per la 1ª classe da fr. francesi 4975 in sopra; per la 2ª classe da fr. fr. 2335 in sopra (i prezzi variano con le cabine).

Rivolgersi a « Bruxelles-Médical », Section des Voyages, boulevard Adolphe Max 29, Bruxelles, Belgio.

Il periodico suddetto, allo scopo di dare incremento alle crociere da esso organizzate, si è collegato al periodico francese « Concours Médical ».

La nuova organizzazione comincerà a funzionare nel prossimo anno e recherà il nome di « Crociere mediche franco-belghe ». Il centro d'organizzazione pratica rimarrà a Bruxelles. È in programma una prima grandiosa crociera nell'Adriatico, a Creta ed alle isole Egee.

Viaggio in comitiva a Parigi.

Avrà luogo, dal 6 al 15 maggio, a cura del « Comitato promotore d'osservazioni mediche a Parigi » e per invito dell'« Association pour le développement des Relations Médicales entre la France et les Pays amis » unitamente all'« Association Générale des Médecins de France ». Prezzo L. 1200 da Modane a Modane; riduz. del 30 % sulle ferrovie italiane, in occasione della Fiera campionaria internazionale. Si avverte che basta il passaporto temporaneo per uso turistico. Le iscrizioni si ricevono fino al 25 aprile; vanno accompagnate da un anticipo di L. 300. Rivolgersi al Comitato, via S. Gallo 17, Firenze.

Scambio di ospitalità.

Il segretario del P. N. F., segretario dei G. U. F., on. Starace, ha dato disposizioni per promuovere e disciplinare gli scambi di ospitalità fra studenti italiani e stranieri, sia in forma isolata che per gruppi di studenti (cioè tra Istituti di studio).

* * *

L'Associazione professionale internazionale dei medici ha approvato un progetto del dott. Schaeftgen, perchè avvengano scambi tra figli di medici di diverse nazioni. Le modalità concrete verranno fissate in occasione del 7° convegno dell'Associazione, indetto a Ginevra pel prossimo settembre e di cui daremo ulteriori notizie.

Morte di un filantropo.

È morto a Madrid il sig. Ramón Pelayo, marchese di Valdecilla, noto per numerose opere filantropiche, di alcune delle quali abbiamo dato notizia. Vi ha profuso molti milioni. La sua perdita è stata considerata in Spagna come un lutto nazionale.

È morto a 72 anni il prof. EDWARD KAUFMANN, ordinario di anatomia patologica a Gottinga. Il suo trattato di anatomia patologica speciale è passato per 10 edizioni ed è stato tradotto in 5 lingue, compresa la lingua italiana. Egli stava ora allestendone una rielaborazione. Notevoli sono i suoi studî sui tumori: genesi delle cellule giganti dagli endoteli dei vasi, genesi delle cellule interstiziali ecc.; sollevarono speciale interesse i suoi studi sui tumori della prostata.
A. P.

È morto il prof. JOSEPH DENYS, dell'Università di Lovanio, valente batteriologo, noto per i suoi studi sull'immunità e sulla tubercolosi.

Si annunzia da New York la morte del chirurgo EVAN O' NEIL KANE, che nel febbraio 1921 si era praticato da sè un'appendicectomia e pochi mesi or sono si era operato di un'ernia inguinale.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Journal A. M. A., 9 gen. — G. K. FENN e N. C. GILBERT. Dolori anginoidi da somministraz. di digitale. — G. WILSON e S. B. HALDEN. Neuriti consecutive a sieroterapia.

Giorn. It. di Dermat. e Sifilol., dic. — G. CHIALE. Pemfigo e ghiandole a secrez. int. — M. ARTOM. Sarcoidi ipodermici. — F. BERNUCCI. Azione patogena del tabacco.

Surg., Gyn. a. Obst., gen. — J. M. MARSHALL. Tumori dei dotti biliar. — C. F. DIXON e G. T. MURPHY. Ascessi idiopatici primari del fegato.

Presse Méd., 20 gen. — M. GARNIER. Ittero.

Pathologica, 15 gen. — E. MARCHESINI. Pielonefriti da Bacterium coli. — A. AGNECI. Colecistiti tifose.

Jornal dos Clinicos, 30 dic. — A. CERQUEIBA LUZ. Ossalorachia.

Cl. Med. It., dic. — L. PONTONI e R. BELLI. Ematologia nella tbc. polm. — G. BOATTINI e C. SALARNI. Chetonemia.

Sang, 1. — F. BAMATTER. Ittero emolit. costituz. familiare.

Brit. Med. Journ., 23 gen. — K. SHIRLEY SMITH. Simulaz. delle malattie cardiache. — R. D. GILLESPIE. Lavoro e neurosi.

Arch. It. di Urol., IV. — E. SACCO. Riflesso vescico-renale. — L. TORCHIANA. Idronefrosi congenita.

Quart. Journ. Med., gen. — P. M. TOOKEY KERRIDGE. Osservazioni quantitative sulla proteinuria nelle nefriti. — P. D'ARCY HART. Reazioni cutanee nella tbc. — B. SCHLESINGER. Frequenza del polso durante il sonno nei bambini reumatici.

Chir. d. Org. di Movim., dic. — S. CIACCIA. Gibbus da tetano. — G. MEZZACUVA. Esostosi sottocalcaneari. — F. REBAUDI. Tbc. ossea a sede diafisaria.

Rif. Med., 23 gen. — N. PENDE. Tonicità e contrattilità nei cuori malati.

Studium, 1 gen. — C. COLUCCI. Psicologia sperimentale applicata.

Revue Sud-Amér. de Méd. et de Chir., dic. — J. L. PAVIA. Fotografia a colori del fondo dell'occhio. — A. DIAS. Meteorologia clinica.

Presse Méd., 27 gen. — A. LUMIÈRE. Immunità e flocculazione. — P.-E. MORHARDT. Il compito del freddo in patologia.

Zbl. f. Chir., 30 gen. — G. LOTHEISSEN. L'appendicite nel piccolo bambino. — E. BORS. Diagn. della tbc. renale.

Klin. Woch., 30 gen. — O. PORGES. Coma hypochloraemicum. — SEIFERT. Ricerche sulla dissociazione del B. C. G.

Spitalul, gen. — C. BACALOGH. Sindromi ematologiche da infezioni.

Wien. Kl. Woch., 29 gen. — ZMIRMAI. Trattam. della difterite.

Med. Klinik, 29 gen. — E. LESCHKE. Diabete e consumo di zucchero. — E. HESS e R. NAGEL. Gli espettoranti. — A. PFLEINDERER. Esame funz. del cuore.

Bull. Méd., 30 gen. — Num. sulla sifilide.

Paris Méd., 30 gen. — H. DE LAVERGUE. Gli orientamenti della batteriologia medica.

Presse Méd., 30 gen. — A. NETTER. I ratti nella diffus. del tifo esantem.

Practitioner, feb. — Discuss. sulle malattie addominali. — R. O. MOON. Prognosi delle malattie cardiache. — G. M. MURRAY LEVICK. Proprietà mediche dei vini.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

Sommari dei Numeri usciti nell'Aprile 1932 di nostri Periodici e Riviste:

Il Numero 4 (1° Aprile 1932) della

Sezione Medica del "Policlinico,,

contiene i seguenti lavori:

J. PLESCH — **Atonia delle arterie e arteriosclerosi.**

E. PESERICO e P. FRUGONI — **La curva emodinamica nelle arterie centrali e nelle arterie distali.**

V. SCIMONE e E. ANTONIAZZI — **Dermatomiosite. (Osservazioni cliniche ed anatomo-patologiche).**

D. LONGO — **Intradermoreazioni specifiche e aspecifiche nell'echinococcosi.**

☛ **Prezzo del Numero L. 6**

L'abbonamento pel 1932 alla sola Sezione Medica (dodici numeri) costa L. **50** per l'Italia e L. **60** per l'Estero.

CUORE E CIRCOLAZIONE

Periodico mensile diretto dal prof. CESARE FRUGONI

Capo Redattori:

Prof. C. PEZZI, Milano - Prof. G. MELDOLESI, Roma

Il Numero 4 (Aprile 1932) contiene:

Lavori originali: I. - L. ALZONA: Rapporti fra pressione venosa e flebogramma giugulare raccolto col metodo fotografico. — II. - M. CALABRESI: Extrasistoli a copula periodicamente variabile ed extrasistoli a copula fissa di forma variabile (*con 2 tav. fuori testo*).

Tra le riviste ed i Congressi: EB. VEIEL: La clinica del cuore giovanile. — I. A. CAEIRO: Aneurisma dell'arteria femorale. — W. STROUND, LAPLACE, REISINGER: Eziologia, prognosi e cura della fibrillazione auricolare. — M. POUMAILLOUX: Le teorie del polso alternante.

Notizie bibliografiche: P. NOBÉCOURT: Clinique médicale des enfants. Affections des organes hémopoïetiques et du sang.

Abbonamento annuo: Italia L. **40**; Estero L. **60**. Per gli associati al « Policlinico »: Italia L. **36**; Estero L. **50**. Un numero separato L. **6**.

LA CLINICA OSTETRICA

Rivista mensile diretta da Paolo Gaifami

Il Numero 4 (Aprile 1932) contiene:

Lavori originali: M. TRETTENERO e L. GIPPERICH: Ricerche sulla reazione di Aschheim e Zondek fatta sul coniglio.

Fatti e documenti: G. LACOVARA: Considerazioni patogenetiche sopra 54 casi di lacerazioni vaginali da coito.

La rubrica degli errori: E. FRONTICELLI: Cistoma ovarico complicante una gravidanza quinquemestre scambiato per gravidanza plurima poliamniotica.

La rubrica medico-legale: E. COVA: Perizia medico-legale per rottura traumatica della sinfisi pubica; G. DELLEPIANE: Studio radiografico della sinfisi pubica femminile.

Interessi professionali: E. COVA, C. DECIO, S. CAPPELLANI, L. BACIALLI, F. VALTORTA: Per migliorare l'assistenza ostetrica. — In margine al referendum.

Problemi sociali: A. BERTINO: Le insidie alla maternità.

La nota storica: L'urina della gravida.

Dalle riviste: **Ostetricia**: Gravidanza e influenza. — Eclampsia e sistema vasale. — Diagnosi radiologica di morte endouterina del feto. — Il significato della pelvimetria esterna per la diagnosi di bacino viziato. (Ha qualche importanza diagnostica la cosidetta coniugata laterale?). — La provocazione del parto con la puntura delle membrane. — Il parto con la tecnica di Potter. — Il parto nelle primipare con estremo cefalico ancora mobile sopra lo stretto superiore all'inizio del travaglio. — **Ginecologia**: La radiodiagnostica in ginecologia. — Trattamento delle metrorragie ginecologiche col rosso Congo. — Sul trattamento della dismenorrea. — La profilassi delle polmoniti postoperatorie. — **Pediatria**: La protezione dell'orecchio alla nascita. — Nuovi progressi di tecnica nell'allattamento artificiale. — **Note di biologia**: Sulla chimica colloidale della vernice caseosa. — La funzione dei surreni fetali.

Varietà. — **I libri.**

Abbonamento annuo: Italia L. **40**; Estero L. **60**. Per gli associati al « Policlinico »: Italia L. **36**; Estero L. **50**. Un numero separato L. **6**.

Il Numero 4 (15 Aprile 1932) della

Sezione Chirurgica del "Policlinico,,

contiene i seguenti lavori:

A. CAUCCI — **La torsione degli annessi uterini normali. (Sei osservazioni personali).**

V. LOZZI — **Anastomosi uretero-venosa e sue conseguenze.**

V. LOZZI — **Tumori flogistici endoaddominali da corpo estraneo.**

RIVISTA SINTETICA:

G. RIZZO — **Trattamento chirurgico della tubercolosi polmonare.**

☛ **Prezzo del Numero L. 6**

L'abbonamento pel 1932 alla sola Sezione Chirurgica (dodici numeri) costa L. **50** per l'Italia e L. **60** per l'Estero.

IL VALSALVA

RIVISTA MENSILE DI OTO-RINO-LARINGOJATRIA
diretta da **GUGLIELMO BILANCIONI**

Il Numero 4 (Aprile 1932) contiene:

Rariora artis: I. - G. CHIZZOLA: Seno frontale accessorio o sopranumerario. — II. - G. MASSIONE: Raro caso di tubercolosi osteo-cartilaginea delle fosse nasali associata a tubercolosi del palato duro e a otomastoidite specifica bilaterale.

Raccolta di fatti: A. LASKIEWICZ: Corpi estranei del seno mascellare.

Osservazioni di clinica: I. - R. GIOACCHINI: Contributo allo studio dei traumatismi dei seni della faccia. — II. - M. FABRONI: Lo studio radiografico dei seni della faccia in rapporto alle alterazioni del naso-faringe.

Pratica ospedaliera: P. CACCIALUPI: Lesioni del seno laterale, da otite media purulenta acuta, senza mastoidite, contemporaneamente in fratello e sorella.

Fonetica biologica: A. JELLINEK: La Società internazionale di logopedia e foniatria. Quinto Congresso della Società nel luglio 1932 a Budapest.

Corrispondenze: Coltura otologica svedese.

Recensioni: Indicazioni e risultati della terapia aurica nella tubercolosi polmonare. — Dell'emilaringectomia economica secondo Hautant. — Terapia climatologica della tubercolosi laringea. — Gli epiteliomi a cellule piatte dell'ipofisi (tumori di Erdhein). — Considerazioni sopra un caso di tumore della fossa cranica anteriore in frenastenica cerebropatica acromegalica con integrità dell'ipofisi. — Roentgenterapia del morbo di Basedow. — Ipotiroidismo-gozzismo. — Contributo allo studio dello stroma linguale. — Sul comportamento delle agglutine e del potere fagocitario del siero di sangue di animali tiroidectomizzati. — Funzione tiroidea e ricambio iodico nelle scoliosi. — Gozzo endotoracico con grave stenosi esofago-tracheale curato coi raggi X. — I piccoli segni dell'ipotiroidismo del neonato e del lattante. — Reumatismo articolare e tiroide. — Gli increti dell'ipofisi. — Sull'adiposità e cachessia ipofisarie. — Contributo all'anatomia patologica dell'ipofisi umana. — Struma del lobo destro tiroideo autonomo ed ectopico con inclusione di una delle paratiroidi relative pure ectopiche, ma normali. — Effetti della somministrazione di ormone follicolare sulla tiroide e surrenale. — Sulla etiologia, patogenesi e cura del gozzo parenchimatoso. — La lotta sociale contro l'endemia gozzo-cretinica. — Sulla regolazione idrica e salina nell'uomo in rapporto al diabete insipido da trauma cranico. — Sul valore della reazione di Kottmann (Foto-Siero-Cromatica) in Clinica. — Studio del metabolismo basale nelle disfunzioni tiroidee da causa idrica. — Gozzo endotoracico con grave stenosi esofago-tracheale. — Contributo allo studio dei tumori della ipofisi cerebrale. — Stato timo-linfatico e morte rapida. — Considerazioni su un caso di morte improvvisa in un lattante con stato timolinfatico — Su due casi di probabile cuore da grosso timo. — Di un caso di cancro del timo con metastasi. — Disfunzione timica e rachitismo. — Sul comportamento dei corpuscoli di Hassal del timo in varie condizioni patologiche.

La nota storica: La semeiotica della lingua, secondo il Giacomini.

Notizie e questioni.

Abbonamento annuo: Italia L. **45**; Estero L. **65**. Per gli associati al « Policlinico »: Italia L. **40**; Estero L. **55**. Un numero separato L. **6**.

Per abbonarsi ad una o più delle summenzionate Riviste inviare Vaglia o Chèque Bancario riscuotibile in Roma all'editore LUIGI POZZI, Via Sistina 14 - ROMA

ANNO XXXIX   Roma, 25 Aprile 1932 - X   Num. 17

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

Ospedale Provinciale di Zara - Sezione Chirurgica.

Sulla sierodiagnosi del cancro e sulla reazione di Botelho

per il dott. F. GRAZIANI, primario.

La sierodiagnosi del cancro sorse nel concetto di trovare un metodo specifico per riconoscere un siero-tumore per analisi diretta senza l'aiuto di qualsiasi elemento clinico.

Considerata da questo punto di vista e controllata sulla base strettamente statistica, la sierodiagnosi del cancro fallì al suo scopo.

Dal punto di vista, pratico però, considerando la sierodiagnosi del cancro come elemento ausiliario della clinica, la sierodiagnosi stessa è degna di sempre nuove valutazioni che possono specialmente essere dedotte dalla investigazione metodica delle diverse reazioni e dai risultati ottenuti con le singole e con gruppi di esse, messe in raffronto e a convalida dei risultati delle investigazioni cliniche, anatomopatologiche e istopatologiche.

Forse per questa via sarà facilitato lo sviluppo ulteriore dello studio sulle sieroreazioni tumorali e il perfezionamento di esse nella speranza di giungere alla reazione assoluta e specifica, cosa che non può a priori essere esclusa. D'altronde lo studio metodico di queste reazioni ci conduce alla possibilità di giungere alla loro genesi permettendoci, come ebbe a dire il Prof. M. Ascoli, di comprenderne il significato e di risalire alla loro origine, il che equivarrebbe all'essenziale nel nostro caso.

Partendo da queste considerazioni, ho voluto sperimentare la reazione di Botelho quale quella che pare abbia minore probabilità di comportamento positivo di fronte a malattie correattive il cui siero quindi può dare talvolta risultato positivo di fronte a reazioni per il cancro.

Brancati fin dal 1925 comunicava alla R. Accademia Medica di Roma, i risultati delle sue esperienze al riguardo, concludendo che la reazione di Botelho mostra nelle percentuali, una frequenza massima di positività fra tutte le reazioni praticate per la diagnosi del cancro.

A queste conclusioni giunsero altri autori.

Veramente la reazione mejostagminica di Ascoli M. e la mejostagminica precipitante di Izar, secondo Bozzolo e Watermann, Micheli e Cattoretti, Kohler, Luger, Urizio, Rosemberg, Ischikawa e Nakahata, Messina, danno più del 70 % di esiti positivi nel cancro e una piccola percentuale di esiti positivi in assenza del cancro. Ma ad onta della semplificazione apportata al metodo da Izar, la reazione non è così semplice da potere essere alla portata di tutti e in qualsiasi ambiente.

Similmente si oppongono le difficoltà di esecuzione corrente alla reazione citolitica di Freund-Kaminer, la quale peraltro ha fornito risultati soddisfacenti a diversi autori, quali Fichera, Lotti, Watermann e De Kromm.

Fu visto però che il siero dei cancerosi non solamente non scioglie le cellule cancerigne, ma non scioglie egualmente le cellule di organi embrionali. Mentre d'altronde il siero di gravida è anche privo di proprietà carcinolitiche ed embriolitiche.

Lo stesso dicasi per la reazione di Abderhalden con la quale si ricercano nel siero i fenomeni proteolitici antineoplastici e che, studiata specialmente dal Micheli, egualmente non risultò specifica. Per quanto meno complessa, non può ritenersi semplice, nè specifica secondo gli studi di Menniti, Balbi, Messina, Oliverio, Frola, la enzimoreazione proposta da Sivori e Rebaudi, basata sulla ricerca di fermenti attivi sugli ultimi prodotti di scissione delle proteine, quale l'ultrapeptone.

La reazione di Kahn della flocculazione nel siero dei cancerosi di fronte all'oleato di sodio, per l'albumina che trovasi diminuita nel siero di questi malati, si presenta positiva in molti altri ammalati, specie negli stati infettivi e nella tubercolosi e anche nella gravidanza.

Non hanno ancora avuto controllo sufficiente la reazione di Fuchs secondo la quale il siero dei cancerosi si differenzierebbe per la capacità di digerire la fibrina del sangue normale, nè quella di Gry che secondo Cerruti e Biancalana darebbe risultati poco buoni, nè quella di Brossa-Bozzolo e Lombardi che non dà risultati costanti, ma appartiene solo alle reazioni di labilità colloidali.

A fianco delle reazioni sierologiche furono proposte delle reazioni ematologiche, ma con risultati poco soddisfacenti.

La reazione di Bock e Rauske basata sulla coagulazione del sangue in vitro, secondo Antonioli non ha alcun valore per la diagnosi del cancro e risultati deficienti secondo Cioffari e Akkerstein, danno la reazione di Pignotti per la quale le emazie dei cancerosi sarebbero scolorate dal gruppo aldeidico dell'alcool etilico e la reazione di Davis sulla ricerca dell'urocromogeno proveniente dalla dissoluzione delle emazie cancerigne e riscontrabile nell'urina.

La reazione sierologica di Botelho è caratterizzata dall'intorbidamento che si verifica nel siero dei cancerosi in presenza di un particolare reagente. È stata controllata da numerosi autori ed è stato ritenuto ch'essa può essere negativa in caso di cancro e positiva d'altronde in diverse condizioni fisiologiche e patologiche come dimostrarono Guérin, Palmieri, Rivolta, Messina, Lipkni, Violato, Maestranzi.

Però il Brancati, come dicemmo, affermò essere questa la reazione che presenta il massimo di positività fra tutte le reazioni.

Il Wibbancheritch la presentò come specifica del cancro e di prezioso aiuto alla diagnosi precoce di esso.

Blouquier de Clairete, A. Burgarolle provando su 110 sieri, conclusero di avere avuto risultati ottimi. Itchikava e Baum la provarono sul siero dei conigli cancerizzati colla pennellatura di catrame e affermarono di avere avuto risultati positivi nel 75 % dei casi iniziali di cancro e 100 % nei casi avanzati.

Sul cancro dell'utero Rossi la trovò positiva nel 75 % dei casi e negativa nel 10 %, dubbia nel 15 %. Lo stesso autore eseguì la prova su 15 sieri di ammalati vari con deperimento più o meno notevole e ottenne reazione positiva nel 30 % dei casi. Le sue conclusioni pertanto sono anch'esse favorevoli alla reazione di Botelho.

Comunque dal complesso delle ricerche di questi ed altri autori risulta che mentre per le ricerche sierologiche in genere si può fissare una media di positività del 70 % nei casi di tumori maligni, per quella di Botelho la percentuale di positività si aggira sull'80 %.

La reazione di Botelho come le altre, non si è dimostrata specifica per i tumori maligni, nè capace di svelarli precocemente. Ma qualcuno — Calzolari ed altri — ha osservato che è illogico pensare ad una precocità in senso assoluto, essendo quasi impossibile svelare una forma morbosa allo stato latente, prima cioè che si siano stabilite alterazioni istiogene ed umorali che caratterizzano un dato processo affettivo.

Tutte le reazioni sierologiche proposte rispondono infatti alle modificazioni del metabolismo organico che il neoplasma determina e precisamente: la reazione di Freund-Kaminer è basata sull'aumento nel siero dei malati di tumori maligni, delle sostanze anti-

triptiche per cui la capacità del siero stesso di sciogliere le cellule del tumore è attenuata in confronto del siero normale. La reazione di Ascoli è basata sull'alterazione dei rapporti fisico-chimici fra sostanze lipoidi e sostanze proteiche nel siero. La reazione di Kahn è basata sulla diminuzione notevole del contenuto in sieroalbumina nel sangue del malato per cui all'esame si riscontra un eccesso relativo di sieroglobulina. La reazione di Botelho è basata sull'alterazione della struttura delle sieroglobuline nel senso di una maggiore loro labilità che le rende precipitabili di fronte ai reagenti proposti; un'accentuata labilità colloidale dunque con relativo aumento di fibrinogeno e di globuline di fronte alle sieroalbumine.

Ma la reazione di Botelho, oltre ad avere dimostrato il massimo di percentuali di positività, è quella che si presenta di più facile attuazione nella pratica corrente ed è quella perciò che più comunemente viene usata per un'armonica collaborazione tra clinica e laboratorio.

Da questo punto di vista pratico ho usato anche io tale reazione da anni. Ma poichè oggi mi accorgo di avere estese le mie ricerche ad un numero piuttosto rilevante di casi, controllando sistematicamente la reazione col reperto operatorio, anatomopatologico o istopatologico; poichè inoltre vedo che altre reazioni non sono fino ad oggi, venute a portare contributi superiori alla Botelho nel problema diagnostico del cancro, così credo utile di pubblicare le mie constatazioni e le deduzioni.

Per avere un termine di controllo ai casi di tumori, sui quali ho provato la reazione, ho aggiunto un certo numero di altre affezioni sulle quali ho anche provato la reazione stessa.

In complesso, i casi sui quali ho sperimentato sono in numero di novanta.

I tumori maligni sono sessanta, avendo voluto escludere tutti quegli altri casi sui quali ho provato pure la reazione, ma per i quali non ho potuto poi accertare la diagnosi o meno con sussidi diagnostici di controllo.

Le affezioni diverse sono trenta, scelte non a caso, ma tra due categorie: l'una di affezioni che danno poco risentimento della economia generale e l'altra di affezioni che inducono veri stati discrasici equivalenti a quelli prodotti dalle neoplasie maligne.

Similmente per le neoplasie da segnare nel presente lavoro, ho scelto due categorie: l'una di neoplasie esterne nelle quali meno o quasi nullo era lo squilibrio metabolico dell'organismo e l'altra di tumori interni con risentimento generale.

Per la tecnica, abbiamo continuato ad usare quella originale del Botelho senza tener conto della modificazione apportata dallo stesso autore, per la quale all'acido citrico o all'acido lattico è stato sostituito l'acido nitrico. Già Roffo e Correa e altri autori hanno pubblicato le loro ricerche sulle varianti della reazione, ma noi non abbiamo voluto variare anche per non avere dal punto di vista sperimentale, risultati eventualmente discordi dai primi.

Ci serviamo sempre perciò di soluzione fisiologica al 7.5 ‰ con la quale diluiamo per metà il siero di sangue prelevato dal soggetto a digiuno. In un tubo da saggio versiamo due cmc. di una soluzione di acido citrico formolata — acido citrico al 5 % addizionato con 1 % di formolo — e vi aggiungiamo cmc. 0.5 di siero diluito come sopra. Subito dopo uniamo ancora cmc. 0.7 di una soluzione iodoiodurata — iodio bisublimato gr. 1, ioduro di potassio gr. 2, acqua distillata cmc. 210. — Agitando si osserva un precipitato che si dissolve rapidamente nel siero normale mentre persiste nel siero dei cancerosi anche continuando ad agitare. Nel caso che il siero si chiarifichi, si tornano ad aggiungere cmc. 0.2 di soluzione iodoiodurata ottenendo la formazione di un nuovo precipitato che persiste nei casi di cancro e si dissolve ancora rapidamente nei sieri normali. Nei sieri normali infatti per ottenere un precipitato costante occorre impiegare almeno 1 cmc. della soluzione iodoiodurata.

Così lavorando abbiamo ottenuto i risultati esposti qui appresso:

Tumori maligni: della faccia 16 con 9 r. + 7 —; della parotide 2 con 2 r. +; del mascellare 2 con 2 r. +; della mammella 13 con 12 r. + e 1 —; del dorso, del mediastino, del triang. di Scarpa 4 con 4 r. + ; del rene, della prostata 3 con 2 r. + e 1 —; dell'utero 9 con 8 r. + e 1 —; dello stomaco, dell'intestino, del peritoneo 7 con 7 r. +; recidivanti in diverse sedi 4 con 4 r. +.

Affezioni diverse: tumori benigni esterni o interni 11 con 3 r. + e 8 —; mola idatidea 2 con 1 r. + e 1 —; affezioni suppurative diverse (pleuriche, renali, intracraniche) 5 con 1 r. + e 4 —; t.b.c. ossifluente 2 con 1 r. + e 1 —; echinococco o cisti sierose al fegato o alla milza 4 con 1 r. + e 3 —; splenomegalia malarica o tubercolare 2 con 1 r. + e 1 —; peritoniti t.b.c. o polisierositi 4 con 2 r. + e 2 —.

Complessivamente: tumori maligni 60 con

49 r. + e 11 r. —; 82 % di positività; affezioni diverse 30 con 10 r. + e 20 r. —; 33 % di positività.

In linea generale i risultati da noi ottenuti concordano con quelli della maggioranza degli autori. Infatti per i casi nei quali si trattava sicuramente di tumori maligni abbiamo avuto sopra un totale di sessanta reazioni, solamente undici reazioni negative e quarantanove positive; un percento quindi di poco più dell'80 %.

Nei casi nei quali sicuramente non si trattava di tumori maligni abbiamo avuto su un totale di trenta reazioni, dieci reazioni positive e venti negative; un percento quindi di poco più del 30 %.

Qualche deduzione: alcuni autori hanno avuto percentuali superiori alle mie, fino addirittura a parlare del 100 per 100 di positività nei tumori maligni. Altri autori hanno avuto percentuali molto basse di positività.

Similmente per affezioni diverse alcuni hanno avuto percentuali di positività molto superiori al 30 % e altri molto inferiori.

Non ho la pretesa di dire cose nuove, ma la discordanza è spiegabilissima e, secondo me, non infirma affatto il valore della reazione: basta studiare le cause della discordanza.

Alcuni autori infatti hanno studiato la reazione su di un numero rilevante di casi e spesso di casi gravi, prevalentemente di tumori maligni interni; altri hanno sperimentato su pochi casi e prevalentemente di tumori esterni di lieve entità nei riguardi delle conseguenze generali sull'organismo. Similmente per le affezioni diverse, alcuni hanno provato su molti casi di affezioni gravi, altri su un piccolo gruppo di affezioni più o meno banali.

Naturalmente il risultato dei diversi autori doveva essere discorde e talora molto discorde, poichè bisogna sempre riportarsi al concetto essenziale che la reazione di Botelho come tutte le altre del genere, essendo una reazione che svela un disordine generale del metabolismo ha bisogno per essere positiva, che questo disordine esista. Fra tutte le reazioni del genere però è quella che, stando alle percentuali, svela prima delle altre e più delle altre tale disordine.

Poichè però nei tumori maligni lo squilibrio umorale appare molto più precocemente e gravemente che in altre malattie nelle quali appare poco o tardi o nullo, così la reazione di Botelho è più propria dei tumori maligni che di altre malattie.

Stando sempre perciò ai fini pratici, non può interessare al ricercatore che la Botelho sia negativa in tutti i piccoli epiteliomi esterni dove è facile la diagnosi clinica. Ma quando il dubbio assale l'osservatore per una affezione interna, è quivi che abbiamo bisogno di un responso sicuro o quasi e qui appunto possiamo dire che la Botelho nella mia casistica come in quelle di altri, è positiva quasi al 100 per cento. È negativa nella mia come in altre statistiche, in molti epiteliomi esterni specie in giovani soggetti o in soggetti anziani senza alcun risentimento generale. Ma quando, anche in questi casi lievi, avviene una recidiva che parla quindi di un aggravamento della lesione iniziale e della partecipazione dell'organismo, allora la Botelho diventa positiva se prima non lo era.

Similmente possiamo dire di un caso nel quale un tumore della mammella maligno al reperto clinico e operatorio, dava la Botelho negativa quando le condizioni generali della paziente erano quasi ancora fiorenti. Ma dopo quattro anni, nella recidiva dava reazione positiva. Così anche in un caso di cancro della prostata e in uno di cancro dell'utero avemmo reazione negativa in soggetti che capitarono alla nostra osservazione quasi per combinazione, tale era il loro stato di benessere e nei quali la malignità della loro affezione per essere accertata ebbe bisogno dell'esame istologico. Dopo l'operazione non potemmo più seguirli. Ma io ritengo che se potessimo seguire tutti i nostri casi diagnosticati per tumori maligni con Botelho negativa in un secondo tempo in molti di essi troveremmo reazione positiva.

Nei casi di recidiva e di neoplasie interne avemmo sempre reazione positiva anche quando in queste ultime, l'esame clinico era dubbio. Ed il reperto operatorio o istologico confermò la reazione. Nelle affezioni diverse avemmo reazione negativa tutte le volte o quasi, nelle quali corrispondentemente, lo stato generale partecipava poco o affatto all'affezione stessa. Avemmo invece reazione positiva nei casi nei quali o per suppurazione prolungata o per affezione concomitante grave specie a carattere infettivo, l'organismo partecipava al processo e si trovava in uno stato discrasico.

A parte questi casi, avemmo reazione positiva in un caso di mola idatidea come fu riscontrato da altri, mentre in un identico caso avemmo reazione negativa. Similmente avemmo reazione positiva in un echinococco epatico in gravidanza e il reperto deve attribuirsi

Reazione di Botelho nei tumori maligni.

N. progr.	Cognome - Nome - Età	Diagnosi clinica	Esito della reazione		Osservazioni
			posit.	negat.	
1	M. Maria, a. 38	Epitelioma sopraorbitario sin.		—	Rep. operat.
2	M. Anna, a. 29	Epitelioma tempia sin.		—	Id.
3	F. Giuseppe, a. 60 . .	Epitelioma tempia d.		—	Id.
4	P. Martini, a. 86 . . .	Epitelioma temporo-palpebrale sin.	+		Id.
5	B. Caterina, a. 52 . .	Epitelioma tempia d.		—	Id.
6	S. Stefano, a. 49 . . .	Epitelioma faccia		—	Id.
7	K. Simeone, a. 74 . .	Epitelioma guancia	+		Id.
8	L. Gregorio, a. 47 . .	Cancro naso	+		Id.
9	L. Simeone, a. 67 . .	Id.	+		Id.
10	C. Giacomo, a. 60 . .	Cancro labbro inferiore	+		Id.
11	F. Tommaso, a. 50 . .	Cancro angolo d. bocca		—	Rep. operat.; condizioni generali buone
12	F. Tommaso, a. 51 . .	Cancro ang. d. bocca (recid.)	+		Rep. operat.; condizioni generali peggiorate
13	K. Maria, a. 45	Cancro labbro inferiore	+		Rep. operat.
14	M. Giovanni, a. 63 . .	Id.	+		Id.
15	P. Joso, a. 55	Id.	+		Id.
16	D. Matteo, a. 60 . . .	Id.		—	Id.
17	D. Vasilia, a. 41 . . .	Cistosarcoma parotide d.	+		Rep. operat. e an. istol.
18	B. Giuseppe, a. 60 . .	Tumore misto parotide sin.	+		Id.
19	V. Anna, a. 56	Cancro mascellare sin.	+		Rep. operat.
20	K. Paolo, a. 75	Id.	+		Id.
21	V. Perka, a. 42	Cancro mammella sin.	+		Rep. operat. e confermato dalla recidiva
22	R. Antonietta, a. 50. .	Id.	+		Rep. operat. e recid.
23	B. Caterina, a. 32 . .	Cancro mammella d.	+		Rep. operat.
24	M. Anna, a. 53	Cancro ulcerato mamm. sin.	+		Id.
25	L. Rosmunda, a. 52. .	Cancro mammella sin.		—	Rep. operat. e recid.
26	K. Domenica, a. 75 . .	Cancro mammella d.	+		Rep. operat.
27	P. Anna, a. 66	Cancro mammella sin.	+		Id.
28	P. Anna, a. 68	Cancro ascell. sin. (recid.)	+		—
29	L. Rosmunda, a. 56. .	Cancro disseminato cutaneo e ginocchio d. (recid.)	+		—
30	V. Perka, a. 46	Cancro ascellare sin. (recid.)	+		—
31	V. Magda, a. 72 . . .	Cancro mammella sin.	+		Rep. operat.
32	F. Filomena, a. 74 . .	Scirro mamm. d.	+		Id.
33	P. Giovanna, a. 34 . .	Cancro mammella d.	+		Id.
34	C. Maria, a. 42	Cancro mammella sin.		—	Id.
35	K. Anna, a. 46	Id.	+		Rep. operat. e recid.
36	P. Antonietta, a. 50. .	Id.	+		—
37	K. Anna, a. 49	Cancro ascellare sin. (recid.)	+		—
38	U. Giovanna, a. 85 . .	Lipocarcinoma dorso	+		Rep. operat.
39	K. Jako, a. 18	Sarcoma mediastino sin.	+		Id.

Segue: *Reazione di Botelho nei tumori maligni.*

N. progr.	Cognome - Nome - Età	Diagnosi clinica	Esito della reazione posit.	Esito della reazione negat.	Osservazioni
40	R. Domenico, a. 80 . .	Cancro dorso	+		Rep. operat.
41	J. Maria, a. 40	Miosarcoma triang. Scarpa	+		Rep. operat. e recid.
42	M. Vincenzo, a. 72 . .	Cancro rene sin.	+		Rep. operat. e istol.
43	M. Pietro, a. 64 . . .	Cancro prostata	+		Id.
44	R. Martino, a. 58 . . .	Id.		—	Id.
45	S. Maria, a. 44	Epitelioma portio	+		—
46	N. Anastasia, a. 48 . .	Cancro utero		—	Rep. operat. e istol.
47	D. Paola, a. 43	Id.	+		Rep. operat.
48	C. Caterina, a. 50 . .	Id.	+		Id.
49	R. Mattea, a. 45 . . .	Id.	+		Id.
50	F. Simeona, a. 41 . .	Id.	+		Id.
51	S. Maria, a. 39	Id.	+		Id.
52	C. Giovanna, a. 40 . .	Id.	+		Id.
53	R. Gisella, a. 38 . . .	Id.	+		Rep. operat. e recid.
54	M. Natalia, a. 39 . . .	Cancro pilorico	+		Rep. operat.
55	F. Maria, a. 67	Cancro stomaco	+		Id.
56	B. Maria, a. 48	Cancro pilorico	+		Id.
57	R. Natalia, a. 60 . . .	Id.	+		Id.
58	V. Emilia, a. 65 . . .	Cancro gastro-epatico-peritoneale	+		Rep. operat. e istol.
59	S. Vanda	Cancro ceco	+		Rep. operat.
60	P. Fortunata, a. 52 . .	Cancro peritoneale diffuso	+		Rep. operat. e istol.

Reazioni di Botelho in affezioni diverse.

N. progr.	Cognome - Nome - Età	Diagnosi clinica	Esito della reazione posit.	Esito della reazione negat.	Osservazioni
1	M. Maria, a. 34	Adenoma bilater. mamm.		—	Rep. operat.
2	V. Maria, a. 32	Adenocistoma mamm. sin.		—	Id.
3	V. Cecilia, a. 38 . . .	Adenoma mamm. sin.		—	Id.
4	P. Lugli, a. 42	Lipoma supp. emitorace sin.		—	Id.
5	F. Lucia	Lipoma deltoide d.		—	Id.
6	C. Vladimiro, a. 69 . .	Calcoli ureterovescicali e adenoma prostatico		—	Rep. operat. e istol. per l'aden.
7	I. Elvira, a. 66	Cistoma parovarico d. supp.	+		Rep. operat.; condizioni generali gravi
8	M. Darinca, a. 29 . . .	Cistoma multiloculare parovarico d.		—	Rep. operat.
9	P. Fortunata, a. 49 . .	Cistoma ovarico bilaterale e pleurite tbc.	+		Rep. operat.; condizioni generali gravissime
10	D. Maria, a. 50	Voluminoso fibroma annessi destra		—	Rep. operat.; condizioni generali buone
11	C. Marta, a. 35	Cistoma ovaio d.	+		Rep. operat.; teratoma

Segue: *Reazioni di Botelho in affezioni diverse.*

N. progr.	Cognome - Nome - Età	Diagnosi clinica	Esito della reazione		Osservazioni
			posit.	negat.	
12	M. Maria, a. 32	Mola idatidea		—	Rep. operat.
13	P. Maria, a. 40	Id.	+		Id.
14	D. Giacomo, a. 56 . .	Empiema pleurico d.	+		Id.
15	G. Maria, a. 5 ½ . . .	Id.		—	Id.
16	M. Antonio, a. 32 . . .	Empiema pleurico sin.		—	Id.
17	R. Pietro, a. 21	Pott dorsale supp. vastamente	+		Rep. rad. e oper.; condizioni gravi
18	V. Fustina, a. 50 . . .	Pionefrosi sin.		—	Rep. operat.
19	P. Zorka, a. 8	Artrite fungosa gin. sin. e tbc. polm.		—	Id.
20	G. Antonia, a. 21 . . .	Echinococco feg. supp.		—	Rep. operat.; condizioni generali gravi
21	L. Simeona	Echinococco ep. e gravidanza	+		Id.
22	B. Maria, a. 55	Echinococco milza		—	Id.
23	P. Natalia, a. 38 . . .	Splenomegalia malarica		—	Rep. operat.
24	I. Giuseppe	Splenomegalia tbc. e tbc. polmonare	+		Rep. oper. e istol.; condizioni gravi
25	D. Maria, a. 40	Cisti splenica sottocapsulare e peritonite sierosa		—	Rep. operat.
26	S. Mattea, a. 28 . . .	Peritonite tbc.		—	Id.
27	P. Danica, a. 31 . . .	Polisierosite	+		Rep. operat. per la peritonite
28	R. Giorgio, a. 29 . . .	Peritonite tbc.		—	Rep. operat.
29	M. Antonio, a. 7 . . .	Id.	+		Id.
30	L. Gaetano, a. 45 . . .	Ascesso intracranico		—	Rep. oper.; cond. gravi

alla gravidanza, mentre in altro echinococco epatico infatti la reazione fu negativa.

Nei due casi di gravidanza molare da noi sperimentati, la reazione fu negativa nel soggetto più giovane e che meno aveva sofferto, fu positiva nella donna di anni 40 e che aveva avuto ripetute notevoli emorragie a causa dell'affezione stessa.

Caratteristico è infine il seguente caso:

Alla età di 49 anni, la paziente era stata visitata da vari sanitari e giudicata inoperabile per tumore maligno degli annessi con probabile metastasi toracica. Forse non fu estranea alla diagnosi la reazione di Botelho positiva, sia a noi sia agli altri chirurghi che l'avevano precedentemente visitata. Tuttavia per alcuni dati anamnestici e per quel senso d'impressionismo che talora prescinde da ogni ragionamento clinico e ch'è frutto solamente della pratica, io posi subito il dubbio che ad onta di ogni contraria apparenza, non si trattasse di tumore maligno, ma di formazione benigna con pleurite tubercolare concomitante. All'operazione infatti rinvenni due voluminosi cistomi ovarici che asportai e la paziente guarì dall'operazione e anche in seguito della pleurite. Stette benissimo per lungo tempo, ma dopo tre anni si riammalò con una sindrome addominale che subito mi apparve dovuta a neoplasia maligna. La reazione di Botelho fu ancora positiva e il reperto operatorio e istologico confermò trattarsi di un carcinoma peritoneale diffuso.

Non possiamo ammettere che la Botelho positiva la prima volta fosse svelatrice precocissima del cancro, ma è certo che già tre anni prima in quell'organismo esistevano quelle condizioni di rilevante squilibrio umorale che sono da noi considerate come conseguenza del cancro, ma che nessuno ancora può negare in modo assoluto che possano essere substrato preparatorio e incentivo allo sviluppo del cancro.

E qui ci fermiamo per non fuorviare dalle nostre premesse d'indole specialmente pratica e per stringere le conclusioni del nostro contributo casistico alle seguenti proporzioni, dedotte dalle nostre osservazioni:

La R. Botelho se risponde globalmente con una positività dell'80 % partitamente risponde in misura minore nei tumori maligni esterni con caratteri locali e circoscritti e in misura maggiore in quelli interni.

La R. Botelho non è specifica del cancro, perchè risponde positivamente in malattie correattive che allo stato attuale delle conoscenze, nessuna attinenza hanno col cancro.

La R. Botelho però talora è positiva in affezioni che precedono o che possono precedere lo sviluppo del cancro.

Questa terza nostra osservazione se approfondita e sostenuta da ulteriori sperimenti, potrebbe portare a tutto un nuovo campo di vedute sul problema della origine del cancro e della diagnosi precoce.

RIASSUNTO.

In 60 casi di oncomi maligni la r. di Botelho dette 80 % di positività; in 30 casi di altre affezioni dette 33 % di positività. Si è dimostrata talvolta positiva in affezioni che precedono o possono precedere lo sviluppo del cancro e questo rilievo è suscettibile di ulteriori sviluppi.

BIBLIOGRAFIA.

ANARDI. Studium, 1925.

APERLO. *Le odierne ricerche emat. sierol. e urol. per la diagnosi dei tumori maligni.* Pavia, Mattei ed., 1913.

ASCOLI M. *Considerazioni generali sulla sierodiagnosi dei tumori.* Confer. Internaz. contro il Cancro, Londra, 1928.

BOZZOLO. Minerva Medica, 1925.

BRANCATI. Accademia Med. di Roma, 1925.

CALZOLARI. Policlinico, Sez. Prat., 1930.

CERRUTI e BIANCALANA. Minerva Med., 1926.

CIOFFARO e AKKERSTEIN. Tumori, 1927.

IZAR. Riforma Medica, 1926.

MAESTRANZI. Ann. di laring., otol. ecc., 1927.

MALAGODI. Società Med. Chir. della Romagna, 1925.

MENNITI. Archivio di biologia, 1925-26.

MESSINA. Riv. di clin. med., 1928.

MICHELI. Minerva Medica, 1925

MICHELI e GANELLI. Policlinico, Sez. prat., 1925.

PICCALUGA e ANARDI. Società Med. Chir. di Pavia, 1925.

PIETROWSKI e TCHERNIACH. Le Cancer, Bruxelles, 1928.

PALMIERI. Rass. It. di Clin. e Terap., 1924.

ROFFO e CORREA. Buletin del Institut de Medicine experimental, Buenos-Aires, 1928.

SALVIOLI. Rass. Clin. Scientif. Istit. Biochim. It., 1929.

SIVORI. Bollettino Lega It. contro il cancro, 1927.

VIOLATO. Haematologica, 1927.

WTERMANN e DE KROMM. Zeitsch. f. Krebsforsch, 1928.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE S. GIOVANNI IN LATERANO DI ROMA
SALA MAZZONI
diretta dal Prof. PAOLO ALESSANDRINI.

Setticemia colibacillare a forma tifoide, con roseola addominale

per il dott. CARLO COSTANZI,
aiuto medico degli Ospedali Riuniti.

Il *Bacterium coli* (colibacillo), ospite abituale di alcune parti dell'organismo, può in determinate circostanze acquistare azione patogena sull'organismo stesso, determinando una serie di stati morbosi (colibacillosi) d'aspetto vario e diversamente localizzati.

Allo stato saprofitico, il colibacillo vive principalmente nell'intestino dell'uomo sano insieme ad altri microbi, sui quali predomina. Si trova anche normalmente nell'uretra dell'uomo e della donna, nella vagina, sui genitali esterni, sulla cute delle regioni anale e perineale, nella bocca e nello stomaco, Assai discussa è la funzione biologica del colibacillo nell'intestino. Mentre è generalmente ammessa la sua importanza insieme ad altri microbi nella elaborazione delle sostanze alimentari, le esperienze di Nüttal, Thierfelder, Cohendy, Kuster e Wollmann non solo negano questa importanza, ma stabiliscono che la digestione intestinale possa svolgersi meglio senza l'intervento dei microbi abituali. Certo è che il colibacillo partecipa con altri germi aerobi ed anaerobi, benchè in minor grado, ai processi della digestione batterica intestinale, determinando, oltre la fermentazione degli zuccheri, la scomposizione delle proteine con formazione di prodotti della putrefazione, tossici (indolo, scatolo, fenolo, idrogeno solforato, ecc.; amine): questi per Metchnikoff sarebbero responsabili della senilità precoce, per un vero avvelenamento cronico. La possibilità che il colibacillo, albergato nell'organismo allo stato saprofitico acquisti azione patogena, è un fatto oramai concreto e indiscusso, ma purtroppo poco frequentemente è riconosciuta in pratica la entità della sua virulenza nei processi morbosi, nè in genere si cerca di indagare sufficientemente se il colibacillo in questi processi ha azione primitiva oppure dopo che altri germi gli hanno preparato il terreno. Ad ogni modo è dimostrato che l'azione patogena del colibacillo si può svolgere in maniera diversa: può restare localizzata sia negli organi in cui esso vive normalmente sia in quelli nei quali penetra secondariamente (in-

fezioni intestinali, biliari, urinarie, genitali), oppure può essere generalizzata per il suo passaggio nel circolo sanguigno (setticemie), dando luogo a manifestazioni cliniche varie.

Il meccanismo di produzione di queste setticemie è di facile interpretazione quando si pensi che in seguito ad alterazioni anatomiche o a disturbi funzionali degli organi, dove ordinariamente il colibacillo vive, si produce una esaltazione della sua virulenza, cosicchè localmente o emigrando in altri organi porta alla costituzione di un focolaio settico, che sarà il punto di partenza della successiva colibacillemia.

Accanto alla maggioranza d'infezioni colibacillari di origine endogena, esistono, benchè in piccolo numero, infezioni di origine esogena: sono quelle dovute al bacterium coli virulento penetrato nell'organismo dall'esterno. Sono stati descritti casi di infezione colibacillare da salsicce (Fischer), da ostriche (Lemoine et Sacquépée; Netter e Ribadeau-Dumas).

Dopo questi cenni preliminari sulla patologia del colibacillo, riferisco un caso clinico da me studiato, per illustrarlo nei particolari, discutendo gli argomenti che vi si connettono.

Anamnesi. B. N., di anni 40, donna di casa, coniugata. Padre morto a 52 anni, dopo pleurite. Madre morta a 73 anni per bronco-polmonite: ebbe due aborti e cinque figli sani. Mestruata a 14 anni: mestruazioni sempre anticipanti e dolorose. Maritata da 20 anni: non aborti; ha un figlio sano. Nell'infanzia ha sofferto di morbillo; 13 giorni prima dell'ingresso in ospedale (5-10-1929) è cominciata la malattia attuale con dolori addominali diffusi, più intensi verso il fianco sinistro, bruciore nella minzione, artralgie, inappetenza e febbre, che nei primi giorni a tipo remittente è poco elevata, in seguito è divenuta continua sui 39°. Suda abbondantemente, specie durante la notte. Si è dimagrita. Non ha appetito. Le minzioni sono dolorose. L'alvo, prima della malattia ostinatamente stitico, ora è diarroico.

Esame obiettivo. Condizioni generali gravi. Stato di nutrizione scadente. Decubito indifferente. Sensorio integro. Polso 96. Respiri 22. Temperatura 39°,3. Erpete all'angolo labiale sinistro. Lingua impatinata alla base, arrossata alla punta e ai margini; poco umida. Cute di colorito pallido. Sulla porzione inferiore del petto e sull'addome si osserva un'eruzione cutanea costituita da elementi eritematosi, poco rilevati, della grandezza massima di una lenticchia, in buon numero, non confluenti. Sottocutaneo scarso, senza edema. Apparato linfoghiandolare normale. Muscolatura flaccida. Scheletro a conformazione e sviluppo regolari. Articolazioni normali.

Apparato respiratorio: torace scarno, regolare, simmetrico, bene mobile. Polmoni: scarsi rumori bronchiali secchi sparsi su tutto l'ambito. *Apparato circolatorio*: cuore nei limiti normali; toni chiari, non rinforzati; leggero rumore di soffio sistolico alla punta, non trasmesso all'ascella, udibile anche alla base. Vasi: polso radiale uguale ritmico, molle, dicroto. *Addome*: di forma e volume normali. Cicatrice ombellicale infossata. Non reticolo venoso. Pareti addominali flaccide. Dolenzia alla palpazione profonda su tutti i quadranti, specie al fianco sinistro. Non tumefazioni abnormi. Assenza di segni di versamento peritoneale. *Fegato*: limite superiore alla sesta costa, sulla linea emiclaveare destra; margine inferiore palpabile a 2 cm. sotto l'arcata costale, liscio, duro, non dolente. *Milza*: limite superiore all'ottava costa sull'ascellare media; il margine inferiore si palpa a livello dell'arcata costale, molle, tagliente, liscio, non dolente.

Apparato genitale: nulla di notevole. *Apparato urinario*: regioni lombari di forma normale. A livello del fianco sinistro si palpa, durante le profonde inspirazioni, una tumefazione rotondeggiante, del volume di un pugno, a superficie liscia, poco dolente, che si può trattenere sotto le dita durante l'espirazioni, nettamente ballottabile. *Sistema nervoso*: nulla di notevole.

Ricerche di laboratorio. — Esame delle urine: presenza di albumina in quantità non dosabile. Sedimento al microscopio: numerosi leucociti in gran parte disfatti e aggruppati. Rare emazie. Cellule di sfaldamento piccole, ovoidali. Non cilindri. Abbondanti germi a forma di bastoncello, mobili. *Esame del sangue*: leucociti 5000. Formula leucocitaria: polinucleati neutrofili 66 %, eosinofili e basofili assenti, linfociti 20 %, monociti 14 %. *Sierodiagnosi di Widal*: negativa per tifo, paratifi e melitense. *R. Wassermann* sul sangue negativa. *Emocoltura*: il brodo è uniformemente intorbidato ed acquista odore fecaloide; l'esame diretto di esso dimostra la presenza di bacilli corti, poco mobili. Seminando il brodo su piastra con agar lattosato e tornasolato (terreno di Drigalscki-Conradi) si ha lo sviluppo di colonie di colorito rossastro. Si procede quindi all'identificazione del colibacillo con esito positivo, avendosi coagulazione del latte nel quale è seminato il germe in precedenza isolato.

Esame cistoscopico: vescica bene continente. Mucosa vescicale scarsamente arrossata, senza ulcerazioni. Sbocchi ureterali normali: da quello sinistro fuoriesce urina torbida. L'eliminazione dell'indaco-carminio, introdotto per via endovenosa, avviene dopo cinque minuti bilateralmente. Col cateterismo degli ureteri si raccoglie a destra urina normale; a sinistra urina torbida, il cui esame diretto dimostra presenza di pus, assenza di bacilli di Koch e l'esame culturale permette l'isolamento del bacterium coli.

Radiografia delle regioni lombari: rene sinistro di volume aumentato, e situato più in basso. Assenza di ombre da calcoli.

Pielografia sinistra: inginocchiamento dell'estremità superiore dell'uretere. Bacinetto aumentato di volume.

Decorso della malattia: la febbre si mantiene elevata a tipo leggermente remittente: più volte nella stessa giornata la p. ha brivido. Durante tale periodo l'eruzione di roseola si rinnova, sempre limitata alla cute dell'addome e delle porzioni inferiori del petto. Dopo sei giorni di permanenza in ospedale (19 giorni di malattia) si inizia la cura con autovaccino colibacillare preparato col microbio isolato dal sangue: le reazioni vaccinali sono sempre discrete. Al 28° giorno di malattia, la febbre, dopo progressiva diminuzione, cessa completamente.

L'esame dell'inferma all'ingresso in ospedale, per il decorso della temperatura, il dicrotismo del polso, la bradicardia relativa, la leucopenia, i caratteri della lingua, la presenza di tumore di milza e l'eruzione cutanea roseolica, doveva indirizzarci verso la possibilità di una affezione tifosa: senonchè i sudori specialmente notturni ed i brividi, di cui si lamentava la paziente, l'esistenza di erpete labiale e di qualche segno obbiettivo di alterazione dell'apparato urinario sinistro, ci lasciavano in dubbio sulla vera etiologia dell'affezione.

Data l'incertezza dell'interpretazione del quadro clinico, bisognava dare massimo sviluppo alle ricerche di laboratorio per avere il maggior numero possibile di dati positivi per l'orientamento del quesito diagnostico. Ed infatti in base agli esami di sangue, alle ricerche sull'apparato urinario, in connessione con il reperto clinico, abbiamo potuto formulare la diagnosi di: « setticemia colibacillare a forma tifoide, con pielite sinistra ».

Per il meccanismo patogenetico del quadro clinico sopra descritto, dobbiamo ammettere la coesistenza di due entità morbose intimamente legate tra loro, perchè prodotte dallo stesso agente patogeno: il bacterium coli. Sorge ora un quesito: la pielite sinistra è stata la causa della setticemia colibacillare, oppure questa, insorta per prima, ha determinato la localizzazione secondaria sulla pelvi del bacterium coli o infine tutti e due i processi si sono iniziati contemporaneamente? I dati anamnestici, per il dolore al fianco sinistro nei primi giorni di malattia e per la febbre a tipo remittente all'inizio, continua ed elevata in seguito, ci portano ad ammettere con ogni probabilità la prima sequela morbosa. Vedremo del resto come sia frequente l'origine urinaria della setticemia colibacillare. Ma per quale causa e con quale meccanismo il colibacillo ha potuto determinare nella nostra paziente la pielite sinistra? Sappiamo che per lungo tempo in patologia renale ha dominato il concetto che le pieliti e le pielonefriti fossero sempre dovute a un'infezione ascendente, propagata dall'uretra, alla vescica, all'uretere e al rene; e quando tale tesi sembrava ormai del tutto tramontata, se ne è fatto sostenitore accanito Sütter, nella sua Relazione al terzo Congresso della Società Internazionale d'Urologia a Berlino (1914), cercando di spiegare la predisposizione del sesso femminile alla pielonefrite colla brevità dell'uretra, per cui più facile sarebbe l'invasione della vescica da parte del colibacillo, che pullula sulla regione ano-vulvare: si avrebbe così l'infezione ascendente dell'uretere e della pelvi. Orbene è chiaro che questo meccanismo, escluse le infezioni per cateterismo, può avere importanza solo in quei casi nei quali si ha ristagno di urina nella vescica e secondariamente negli ureteri, per distensione progressiva degli sbocchi di questi condotti e insufficienza della muscolatura della loro parete. È possibile, invece, nella cistite l'infezione ascendente, non attraverso il lume ureterale, ma lungo i vasi linfatici periureterali, con trasporto dei germi dalla vescica all'interno del bacinetto od anche nel parenchima renale (Barlocco). D'altra parte si deve ritenere una rara eventualità la migrazione dei germi attraverso i linfatici, che, secondo la dimostrazione fatta da Franke, connettono l'intestino crasso al rene; mentre è più comprensibile l'infezione diretta per contiguità dall'intestino o da altri organi vicini alle vie urinarie. Ma non c'è dubbio che la maggioranza delle infezioni delle vie urinarie avvengano per via discendente o ematogena: numerose ne sono state le dimostrazioni anatomiche, cliniche e sperimentali, per cui questo concetto si può dire oggi universalmente accettato in patologia renale. Si sa infatti che i germi, da qualunque punto dell'organismo penetrino nel torrente circolatorio, vengono per via ematica trasportati al rene ed eliminati coll'urina.

Questa batteriuria non produce sempre alterazioni dei reni e delle vie urinarie: perchè i germi si localizzino lungo le vie attraversate, occorre, oltre alla loro virulenza, uno stato di predisposizione degli organi. Così la pelvi renale, data la sua scarsa capacità e il lavaggio continuo delle pareti per il rapido svuotamento dell'urina, si trova ordinariamente protetta contro l'attecchimento dei germi patogeni eliminati per il rene; se invece si modifica qualcuna delle condizioni normali di difesa, viene a crearsi il terreno favorevole per la localizzazione dei germi. Da ciò l'importanza delle cause predisponenti (calcoli, gravidanza, ptosi renale, stenosi ureterali, ecc.) allo sviluppo delle flogosi delle vie urinarie. Nel caso da noi illustrato si deve attribuire importanza alla ptosi renale sinistra, con inginocchiamento dell'uretere, che, ostacolando il normale deflusso dell'urina, ha creato la predisposizione per lo stabilirsi della pielite sinistra.

Che questa affezione sia stata prodotta nella nostra p. dal bacterium coli, per quanto si può desumere dalla positività dell'esame batteriologico dell'urina cateterizzata e maggiormente da quello del sangue, non può destare meraviglia essendo riconosciuto detto germe come causa determinante della maggioranza

delle pieliti: cioè nel 90 % dei casi (Renault, Widal et Benard). Solamente la statistica di Brunnich che ha studiato la flora batterica delle pieliti in Australia, non è concorde colle constatazioni fatte dagli altri AA.: egli infatti su 70 campioni d'urina ha trovato 20 volte il colibacillo, in 16 casi il bacillo lattico e 7 volte il bacillus lactis aerogenes. Ma in verità il colibacillo, trasportato al rene colla corrente sanguigna, sembra che abbia un'attitudine particolare ad attraversare l'organo senza lederlo gravemente, mentre si localizza facilmente sul bacinetto (fenomeno di tropismo?). D'altra parte è ormai sufficientemente dimostrato che il punto di partenza delle pieliti discendenti è in genere un disturbo intestinale: e non occorre che vi sia una malattia grave dell'intestino (Jakob), ma basta una semplice crisi di diarrea oppure, come avviene più frequentemente, la stitichezza cronica, perchè il colibacillo passando nel circolo sanguigno vada secondariamente nelle vie urinarie (Brewer; Cabot). Heitz-Boyer, assertore di questa intima connessione patologica ha riunito in un unico quadro clinico, denominato sindrome entero-renale, i disturbi intestinali e le flogosi consecutive delle vie urinarie. Posner d'altra parte è riuscito a dare la dimostrazione sperimentale di tali fatti sia isolando il bacterium coli dal sangue di animali ai quali era stato occluso l'orifizio anale, sia mettendo in evidenza la coli-bacilluria e cilindruria in altri animali sottoposti a somministrazione prolungata di oppio e di tannalbina.

È bene ricordare che nella colibacillemia di origine intestinale, l'eliminazione del bacterium coli avviene non soltanto per le vie urinarie, ma per le vie biliari, cagionando processi flogistici e costituendo per Desgeorges la causa abituale della colelitiasi (sindrome entero-epatica), ed anche per le vie polmonari, dando luogo, per Andreoli, a processi polmonari infettivi (sindrome entero-polmonare).

In conseguenza delle concezioni esposte, riportandoci al caso concreto da noi studiato, possiamo affermare che, esistendo nella paziente la stitichezza cronica, il colibacillo dall'intestino ha potuto invadere il circolo sanguigno, determinando una batteriuria ben tollerata per vario tempo; finchè, sopraggiunta la causa predisponente del ristagno d'urina nella pelvi sinistra, a cagione della ptosi renale ed inginocchiamento dell'uretere, ha dato origine alle lesioni infiammatorie delle vie urinarie colle manifestazioni cliniche riferite. Resta ora da considerare più profondamente la patogenesi della setticemia colibacillare dimostrata batteriologicamente nella nostra p. Come abbiamo già accennato, benchè non possa escludersi l'insorgenza primitiva (origine intestinale) della sepsi colibacillare, con secondaria infezione delle vie urinarie, tuttavia nel caso in esame, per il decorso dei fenomeni clinici, siamo propensi ad ammettere che la malattia abbia avuto inizio con la localizzazione nel bacinetto renale sinistro della preesistente colibacilluria cronica: costituitosi così il focolaio settico, si è avuto immissione in circolo di colibacilli tanto virulenti da dare origine alla sepsi. Del resto casi di setticemia colibacillare, aventi origine da infezioni delle vie urinarie, sono stati descritti da altri AA.: Krencker e Lenhartz, un caso da pielite; Jakob, uno da pielonefrite; inoltre Panton e Tidy un caso, Brion 4 casi, Fejes 2 casi, tutti da cistopielonefrite; ecc. Il quadro clinico della sepsi colibacillare può assumere aspetto vario: tuttavia gli AA. mettono in rilievo la costanza di brividi ripetuti nella stessa giornata e la frequenza dell'erpete labiale.

Talvolta lo stato setticemico può avere, come nella nostra p., decorso simile alla febbre tifoide. Lemierre e Brodin ne hanno riferito un caso durato più di tre settimane; Wiens un caso durato più di 15 giorni; Buxton un altro a forma di typhus levis guarito in 12 giorni. Schottmüller afferma di avere osservato numerosi casi di setticemia colibacillare con curva termica simile a quella del tifo; tuttavia in nessun caso ha riscontrato la roseola: perciò egli pensa che il colibacillo non produce malattie tifose con sede nell'apparecchio linfatico intestinale. Sotto questo riguardo il caso da noi illustrato è interessante, perchè non sembra confermare il concetto ammesso dal precedente A.: credo quindi opportuno di esprimere qualche chiarimento. Schottmüller per spiegare la localizzazione quasi esclusiva della roseola tifosa sulla cute del petto e dell'addome, nega l'opinione ammessa in passato della localizzazione cutanea dei bacilli del tifo per via sanguigna, e, basandosi sulle ricerche istologiche di Fraenkel, il quale ha riscontrato i bacilli solo nei canalicoli linfatici cutanei, mai nei capillari sanguigni, ammette che l'invasione avvenga per via linfatica. E più precisamente egli sostiene che il tifo addominale sia una malattia del sistema linfatico, con prevalenza della sezione addominale, cosicchè la localizzazione primitiva dei germi avviene nell'apparato linfatico dell'intestino e del mesentere: successivamente la loro diffusione si ha in senso centripeto verso il sangue e in senso centrifugo, per via linfatica retrograda, fino a raggiungere le diramazioni dei canalicoli linfatici della cute dell'addome, provocandovi la for-

mazione di roseole. Partendo da questa idea patogenetica l'Autore stabilisce un limite del valore clinico della roseola addominale, facendone un segno tipico ed esclusivo della localizzazione dei germi del gruppo tifo-coli sull'apparato linfatico addominale, e nega la possibilità di eruzione roseolica sull'addome, quando detti germi producano stati setticemici. È evidente come, nonostante la personalità dell'A., tale affermazione sia troppo assoluta; e per questo sono state mosse da più parti critiche fondate su di un dato di fatto bene accertato: cioè la precedenza della bacillemia tifosa alla comparsa della roseola addominale. Credo che a tale riguardo occorra modificare il concetto del meccanismo della localizzazione della roseola tifosa sui segmenti cutanei toraco-addominali, mettendo in campo l'intervento del sistema neurovegetativo per mezzo di riflessi viscero-cutanei. Infatti è comprensibile che dall'intestino malato o altro viscere addominale (fegato, pancreas, rene) possano partire eccitamenti, i quali, attraverso il sistema simpatico (plesso solare, nervi splancnici), vanno ai gruppi cellulari del midollo toracico (tratto intermedio laterale di Clarke) e da qui si riflettono sui metameri cutanei corrispondenti, determinandovi disturbi vasomotori o altri, che facilitano la localizzazione dei bacilli del tifo circolanti nel sangue. In tal modo bene si comprende come la comparsa della roseola avvenga quando la bacillemia tifosa è già costituita e quando le lesioni linfatiche intestinali sono in piena evoluzione anatomica. Il meccanismo di produzione della roseola nel nostro caso di setticemia colibacillare può riportarsi a quest'ultima concezione, ammettendo che il riflesso viscero-cutaneo può essere partito dall'apparato urinario sinistro leso. Ci è noto infatti che questo apparato, come l'intestino, riceve l'innervazione simpatica dal plesso solare. Ad ogni modo, pure accettando il concetto di Schottmüller, la patogenesi della roseola addominale a tipo tifoso, riscontrata nel caso nostro, non è in contraddizione con le idee propugnate dall'A. anzi trova la sua spiegazione nell'esistenza del focolaio pielitico sinistro colla possibilità della localizzazione del bacterium coli virulento su di un tratto del sistema linfatico addominale.

RIASSUNTO.

L'A., illustrando un caso clinico da lui studiato, riferisce i concetti attuali sulla patologia della colibacillosi, e prendendo in esame la roseola addominale presentata dal caso illustrato, ne discute il meccanismo patogenetico, mettendo in rilievo l'importanza da attribuire al sistema neuro-vegetativo nella localizzazione della roseola a tipo tifoso sulla cute del torace e dell'addome, per mezzo di riflessi viscero-cutanei.

BIBLIOGRAFIA.

ROGER-WIDAL-TEISSIER. *Nouveau Traité de Médecine.* Fascicule III. Masson et C.ie, 1924, Paris.

WOLLMANN. *La vie aseptique.* Bullettin de l'Institut Pasteur, 1914, n. 23 e 24, pag. 922 e 953.

FISCHER. *Zur Aetiologie der sogenannten Fleischvergiftungen.* Zeitschrift für Hygiene und Infecktionskrankheiten, Bd. 39, 1902.

LEMOINE et SACQUÉPÉE. *Fièvre typhoïde d'origine ostréaire. Infection mixte colibacillaire et éberthienne.* Bull. et mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris, décembre 1907, pag. 1417.

NETTER et RIBADEAU-DUMAS. *Infections mixtes dans les fièvres typhoïdes d'origine ostréaire. Coexistence du bacille d'Eberth et du colibacille dans le sang.* Ibidem, 1907, pag. 1439.

SÜTTER. *De la bactériemie.* Rapport du III Congrés de la Société internationale d'Urologie. Berlin, 2-5 Juin 1914; Journal d'Urologie, 1914, t. VI, p. 231.

BARLOCCO. *Trattato di clinica delle malattie dei reni.* U.T.E.T., Torino, 1927.

FRANKE. *Aetiologisches zur Kolinfektion der Harnwege.* Mitteil. a. d. Grenzgeb. de Med. und Chir., Bd. 22, 1911.

RENAULT. *Du bacterium coli, dans l'infection urinaire.* Thèse de Paris, 1904.

WIDAL et BENARD. *Pyélonéphrite descendante par septicémie colibacillaire.* Journal d'Urologie médicale et chirurgicale, 15 mars 1912, pag. 317.

BRUNNICH. The Medical Journal of Australia, vol. II, n. 2, 13 lug. 1918, p. 23.

JAKOB. *Ueber Allgemeininfektion durck Bact. coli comune.* Deutsches Archiv Für Klinische Medizin, 1909, Bd. 97, pag. 303.

BREWER. *Infestions aiguës du rein.* Rapport au Congrès de Londres, 1913.

CABOT. New York State, Journal of medicine, fév. 1921, vol. 21, n. 2, p. 35.

HEITZ-BOYER. *Néphrites et pyélonéphrites d'origine intestinale.* Bul. et mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 1919, p. 485, n. 28.

POSNER. *Erkrankungen der Nieren, ecc.* In KRAUS-BRUGSCH. Spezielle Pathologie und Therapie innerer Krankheiten. Bd. 7, pag. 332.

KRENCKER. *Bakt. coli commune als Sepsiserreger in zwei Fallen von Abdominalerkrankungen.* Münchener Medizinische Wochenschrift, 1907, p. 2095.

LENHARTZ. *Ueber die akute und chronische Nierenbeckenentzündung.* Münchner medizinische Woch., 1908, p. 761, n. 16.

PANTON and TIDY. *The occurence of the colon bacillus in the blood.* The Lancet, 30 november 1912, p. 1500.

BRION. *Ueber Allgemeininfektion durch Bakterium coli commune (colidepsis).* Deutsches Archiv. für klinische Medizin, 1912, Bd. 106, pag. 379.

FEJES. *Ueber colisepsis. Beiträge zur Klinik der Infektionskrankheiten und zur Immunitätforschung,* Bd. I, f. III, pag. 575, 1913.

WIDAL, LEMIERRE et BRODIN. *Quatre cas de septicémie colibacillaire.* Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 1920, p. 963

WIENS. *Zur Kasuistik der Kolibakteriämie*. Münchener Med. Woch., 1909, p. 962.

BUXTON. Citato da W. COLEMAN and. F. W. HASTINGS. *Bacillus coli communis, the cause of infection clinically identical with typhoïd fever*. The American Journal of the Medical Sciences, february, 1909, p. 199.

SCHOTTMÜLLER. *Le affezioni tifose*. Trattato di Medicina Interna di MOHR-STAEHELIN, vo. I, parte II, p. 1253. Edizione Italiana, 1927.

FRAENKEL. *Ueber Roseola typhosa und ueber den Wert der histologischen roseolauntersuchung für die klinische Typhusdiagnose*. Arch. f. Dermatol. und Syphilis., Bd. 147, H. 3, 1924.

LASIO. *Pieliti e pielonefriti*. IV Congresso di Urologia, 9125. Riforma Medica, n. 50, 1925.

MINGAZZINI. *Le pielonefriti in genere*. IV Congresso di urologia, 1925. Riforma Medica, n. 50, 1925.

NOTE DI TECNICA.

Liquido modificatore delle fistole tubercolari.

Prof. LUIGI DELLA VALLE,
Primario Chirurgo Pediatra all'Ospedale
Duchessa di Galliera in Genova.

È ben nota l'azione della miscela di cloridrato di chinino e jodoformio a parti uguali, già proposta dal Marx di Lubecca (XXI Congr. Soc. Ted. di Chirurgia, 1902), al fine di distruggere le granulazioni tubercolari; il che, mentre è di facile attuazione per le granulazioni superficiali, affioranti dalle boccucce fistolose o per fistole di breve tragitto, diventa problema assai più arduo ove occorra dominare tragitti a decorso lungo, anfrattuoso, irregolare. Poichè se è possibile, distrutta la prima porzione di granulazioni, procedere poi in secondo tempo a nettare una zona immediatamente posteriore, questa manovra non è più fattibile appena il dotto fistoloso si perda in un meandro più profondo e con direzione non definibile. Nella parte casuistica di tubercolosi chirurgica che da anni sto trattando, sempre mi ha appassionato la ricerca del come attuare una tale completa medicazione, così da poter riuscire, — nettando tutto il tragitto fistoloso mediante l'azione della polvere chinino-jodoformio, — a dominare il focolaio tubercolare. A tale uopo mi rivolsi al cloroformio come al veicolo che mi portasse in profondità e rapidamente la miscela chinino-jodoformio. Difatti essendo nota la solubilità del chinino in cloroformio (57:100 p. di cloroformio, Pettenkoffer) mentre tale solubilità è nulla per l'etere, ed essendo ugualmente nota la solubilità dell'jodoformio nel cloroformio (1:14 p.) ritenni esperimentare il cloroformio quale veicolo per raggiungere lo scopo. I risultati sono ormai numerosi e felici.

La formula che io adopero è la seguente: Cloroformio grammi 100, Cloridrato di chinino grammi 10. Sciogli ed aggiungi: Jodoformio grammi 10. In boccetta colorata sterile a tappo smerigliato. Agita fortemente prima dell'uso.

Il meccanismo di azione è quello dell'etere che trasporta l'jodoformio; qui il cloroformio trasporta jodoformio e chinino, ed evaporando assai rapidamente al calore del corpo, deposita su tutta la superficie di granulazione, anche la più ascosa, i due elementi perchè vi compiano la loro azione ben nota. La tecnica è semplicissima: ben disinfettata la boccuccia fistolosa con tintura jodica vi immetto mediante una siringa di vetro previamente sterilizzata circa 5-10 cc. di detto liquido che chiameremo modificatore. La quantità del liquido è naturalmente proporzionata all'estensione della fistola. Dopo di che occludo temporaneamente per pochi minuti l'apertura con un batuffolo di cotone sterile, perchè il cloroformio possa più facilmente penetrare in profondità e quivi permanga. Tolto il tampone appare già quasi subito un gemizio di pus asportato dal cloroformio, mentre la pelle attorno reagisce con un più o meno esteso alone di arrossamento. Faccio seguire un impacco di soluzione di allume acetico al 3 % a scopo antiflogistico. Il giorno dopo si osserva un abbondante scolo giallo-bruno rossastro, dovuto ad abbondante distruzione cancrenosa-emorragica delle granulazioni tubercolari, mentre lo alone di reazione infiammatoria descritto il giorno dianzi è pressochè scomparso. Per circa altri cinque giorni faccio semplici impacchi di allume acetico, dopo di che rinnovo altra iniezione endofistolosa di liquido, e così per altri periodi di cinque in cinque giorni, osservando ogni volta una sempre più marcata diminuzione di secrezione che va di pari passo con una maggiore nettezza del tragitto fistoloso.

Nelle secrezioni oltre il tessuto di sfacimento necrotico e pus osservai taluna volta pur asportati piccoli sequestri ossei. Generalmente mi occorsero da 3 a 6 applicazioni per ottenere il risultato desiderato; ma ciò, ben si capisce, sta in rapporto alla entità della superficie su cui si deve agire.

Circa la tolleranza del rimedio esso non dà reazioni eccessive tanto che mai ebbi ad osservare inconveniente alcuno, ed il dolore che provoca è passeggero subentrando anzi presto l'azione analgesica.

Ritengo pertanto che la soluzione in cloroformio di muriato di chinino e di jodoformio colla formula da me proposta e largamente sperimentata con costante vantaggio riesca, con una pratica di cui è facile la dosatura, a soddisfare completamente al compito segnalato dal Marx, di distruggere cioè tutte le granulazioni tubercolari anche e specialmente nelle tortuose anfrattuosità di fistole altrimenti non dominabili. Ritengo egualmente superfluo l'osservare che con ciò non si ha preventivamente la pretesa di voler guarire senz'altro il processo specifico causale della fistola stessa, — ciò che per altro con l'eliminazione spontanea di sequestri in certi determinati casi io ottenni, come pure in casi di ascessi freddi o di adeniti fuse fistolizzate, — ma di asportare tessuto di granulazione da cui gemono i prodotti del ricambio materiale dei germi specifici e permettere in secondo tempo quella classica medicazione jodoformica (tintura di Esmarch) che potrà più direttamente portare la sua azione elettiva sulla lesione tubercolare. E mi fu possibile così osservare che, mentre quest'ultimo trattamento pur seguito per lunghi mesi mi dava scarsi o lentissimi vantaggi, se invece applicato a completa toeletta della fistola rapidamente migliorava o portava a guarigione il focolaio stesso iniziale bacillare.

Tale trattamento, — da me già proposto nella tornata del 31 marzo 1922 del Congresso Sanitario dell'Ospedale Duchessa di Galliera, e che conta pertanto già una pratica decennale, — io ritengo debba essere divulgato con i benefici risultati suesposti, sempre però ove il caso clinico ne offra una precisa indicazione, nè si trascuri tutto il complesso classico della terapia speciale di cui esso ha solo la pretesa di essere un efficace coadiutore. Per il che mi riferisco ad altri miei lavori sull'argomento.

Ritengo infine utile ancora una osservazione, e che cioè la formula suesposta non sempre viene messa in opera ugualmente ed accuratamente bene da tutte le farmacie, e pertanto ove essa non venga eseguita con esattezza può anche non rispondere all'ufficio voluto.

RIASSUNTO.

L'A. presenta ed illustra una sua formula basata sull'azione del chinino e dell'jodoformio per distruggere le granulazioni tubercolari delle fistole specifiche e permettendo in secondo tempo la classica medicazione jodoformica con tintura di Esmarch. La sua decennale esperienza clinica conforta la bontà del metodo.

RIVISTE SINTETICHE

I riflessi di difesa.

Le nozioni su i riflessi di difesa hanno il loro punto di origine nelle esperienze fatte nel 1784 da Prochaska, ripetute e confermate successivamente da altri fisiologi, da Brown-Sequard, Sciff, Vulpian, Marshall-Hall Muller.

Una rana alla quale sia stato sezionato il midollo spinale, ritira bruscamente la zampa flettendo le varie sezioni dell'arto l'una sull'altra, se se ne punge l'estremità.

Questo movimento è la riproduzione esatta di quello che si verifica in seguito alla medesima eccitazione in una rana a midollo spinale intatto e che cerca di districarsi dall'ingiuria esterna, di difendersi.

Il fenomeno pertanto fu detto riflesso di difesa.

Si tentò di adoperarlo in clinica ma fu subito abbandonato perchè sopraffatto dai riflessi tendinei più facilmente rilevabili e di significato semeiologico più evidente.

La possibilità di sfruttare il riflesso di difesa a scopi diagnostici fu rimessa all'ordine del giorno al principio di questo secolo da Schaeffer, da Van Gehuchten, Babinski e Jarkowski, Pierre Marie e Foix, Froment, Claude, Head e Riddoch, Bernheim, Yelitch ed altri.

Latenti allo stato normale i riflessi di difesa si esaltano e diventano apparenti in tutti gli stati patologici nei quali sono compromesse le vie motorie cerebro-spinali.

Si possono provocare in tutti e quattro gli arti ma sono più frequenti e più marcati agli arti inferiori.

Agli arti inferiori il riflesso di difesa può assumere tre forme: *accorciamento, allungamento, allungamento crociato.*

Il più frequente ed il più importante è il *riflesso di accorciamento*, che nella sua forma più semplice consiste essenzialmente in un movimento di triplice ritirata del piede sulla gamba, della gamba sulla coscia, della coscia sul bacino.

Il riflesso può essere provocato da eccitazioni superficiali e profonde.

Come eccitazioni superficiali si adoperano la puntura, il pizzico, l'applicazione di oggetti freddi.

L'eccitazione profonda si pratica con la pressione del tendine di Achille (Schaeffer), la pressione energica sul polpaccio (Gordon), la frizione della faccia anteriore della tibia (Oppenheim), la pressione trasversale del tarso o la flessione forzata passiva delle dita del piede (P. Marie e Foix).

Il raccorciamento dell'arto varia nella sua forma nei diversi malati e secondo il punto eccitato. Talvolta si ha un po' d'adduzione o di abduzione. Ordinariamente si ha estensione degli alluci che è più marcata quando l'eccitazione è fatta sulle parti distali dell'arto.

Le parti che bisogna eccitare per ottenere il riflesso di difesa di accorciamento si trovano dall'estremità dell'arto fino ai due terzi inferiori della coscia in avanti e fino alla regione glutea posteriormente.

Comunque bisogna tener presente che la ritirata dell'arto con flessione dorsale del piede provocata da un'eccitazione plantare può essere considerata come un riflesso di difesa normale. Il riflesso patologico si distingue per l'estensione della zona la cui eccitazione dolorosa provoca il movimento di ritirata, per l'intensità della reazione muscolare, per il suo carattere sostenuto, per la sua tendenza alla diffusione. Solo quando esistono tutti questi elementi si può parlare di esagerazione del riflesso.

Quando l'eccitazione viene applicata sulle parti prossimali dell'arto, al disopra dei punti su indicati, di solito invece dell'accorciamento si può avere il *riflesso di allungamento*.

Talvolta si ha un breve movimento di allungamento dell'arto con flessione plantare delle dita del piede, quindi triplice ritirata con estensione dell'alluce. In altri casi l'ordine dei movimenti è inverso, e una sola eccitazione può provocare una scossa di triplice ritirata interrotta da un riflesso di allungamento.

Quando questa alternativa si verifica più volte si può avere un ritmo, si ha un *riflesso di difesa ritmico*. Questo è raro nell'uomo. P. Marie e Foix ne hanno ottenuto uno omolaterale ed un altro controlaterale.

Il *riflesso d'allungamento crociato* si riesce a provocare molto raramente. Consiste nell'allungamento di uno degli arti inferiori provocato dall'eccitazione dell'arto inferiore del lato opposto, mentre quest'ultimo fa un movimento di accorciamento. Ne segue che i due arti inferiori eseguono un movimento asimmetrico ma sinergico: raccorciamento del lato eccitato ed allungamento del lato opposto, una specie di pedalaggio come si riscontra nel cammino.

Per provocare questo fenomeno occorre mettere una delle gambe in semiflessione ed eccitare l'altra distesa: la prima si estende, la seconda si accorcia.

I riflessi di difesa possono provocarsi anche negli arti superiori. Consistono in movimenti di flessione dell'avambraccio sul braccio con o senza pronazione e adduzione o abduzione dell'arto ed estensione della mano e flessione delle dita. Si determina con l'estensione forzata della mano, la pressione dei metacarpi, la frizione energica e centripeta del bordo interno dell'avambraccio e del braccio, il pizzico superficiale o profondo, la puntura.

Per comprendere il meccanismo di produzione dei riflessi di difesa bisogna riportarsi alle classiche esperienze fisiologiche di Philipson e Sherrington.

Nei cani e gatti ai quali fu praticata la decerebrazione o la sezione alta del midollo, si possono ottenere mediante leggere eccitazioni cutanee, muscolari, articolari, tendinee ed ossee, movimenti analoghi a quelli che si rilevano clinicamente nell'uomo, ed ai quali gli autori inglesi dettero i nomi di *flexion reflex, extension reflex, crossed reflex*.

Quando il riflesso si svolge completamente e ritmicamente in tutti e quattro gli arti si riproduce l'attitudine ed il ritmo del cammino (*walking reflex* e *running reflex*).

P. Marie e Foix ritengono che i riflessi di difesa della clinica corrispondono esattamente a questi riflessi forniti dall'esperimentazione fisiologica. Per i detti autori i movimenti di ritirata e di estensione, omolaterali e crociati, non hanno nulla che possa farli interpretare come atti intesi ad allontanare un pericolo. Ritengono invece che si tratti di movimenti i quali essendo divenuti automatici in seguito alla loro incessante ripetizione, si ripetono automaticamente ad ogni eccitazione esterna ogni qual volta il midollo è liberato, è sottratto dall'azione inibitoria dei centri superiori. E se i movimenti del cammino, o per lo meno una parte dei movimenti del cammino, sono riprodotti più frequentemente, gli è perchè essi rappresentano la più importante delle funzioni abituali dei centri midollari inferiori. È perciò che P. Marie e Foix danno ai riflessi di difesa il nome di riflessi di automatismo.

Per altri autori invece, e particolarmente per Froment, i riflessi di difesa rappresentano l'azione simultanea, disordinata e caotica di una serie di meccanismi elementari corrispondenti all'attività del midollo liberato. Questa opinione si fonda sul fatto che il riflesso di difesa oltre all'arto del lato opposto si può irradiare ai muscoli dell'addome e del tronco, al diaframma, ai muscoli lisci dell'intestino e della vescica.

***

L'esagerazione dei riflessi di difesa si riscontra in tutti i casi d'interruzione delle vie motorie cerebro-midollari.

Nelle lesioni cerebrali l'esagerazione dei riflessi di difesa si presenta immediatamente dopo l'ictus. È particolarmente marcata nel coma da emorragia meningea e più ancora in quello da emorragia cerebrale con inondazione ventricolare. Allora i riflessi di difesa sono esagerati non solo ai quattro arti ma si irradiano al tronco.

Nelle forme emiplegiche al momento dell'ictus hanno una grande prevalenza dal lato paralizzato, ma non mancano all'altro lato, predominano all'arto inferiore, ma possono osservarsi anche all'arto superiore. Claude attribuisce all'esagerazione del riflesso all'arto superiore (iperkinesia riflessa) un significato favorevole in quanto indicherebbe una lesione poco profonda.

Nelle emiplegie di antica data sono sempre localizzati al lato offeso e sono sempre proporzionali all'intensità della paralisi. Quando l'emiplegia si accompagna a contrattura in flessione o ha tendenza a questa contrattura, i riflessi di difesa sono molto esagerati al contrario di quel che avviene per i riflessi tendinei la cui esagerazione è debole o nulla. Lo stesso avviene in alcune paraplegie di origine cerebrale, nelle quali i riflessi di difesa crociati sono molto netti.

P. Marie e Foix hanno trovato che nelle sindromi paraplegiche il comportamento dei riflessi di difesa è diverso a seconda che si tratti di lesioni più o meno sistematizzate del fascio piramidale (sclerosi laterale, paraplegia sifilitica tipo Erb) o di lesioni equivalenti ad un'interruzione più o meno completa di tutto l'asse midollare e liberante così l'attività autonoma del segmento al di sotto della lesione (compressione midollare, mieliti trasverse, alcune sclerosi a placche, siringomielie a cavità molto distruttive).

Nel primo gruppo l'esagerazione dei riflessi di difesa è meno marcata di quella dei tendinei, mentre nel secondo gruppo si hanno tutte le varietà dei riflessi di difesa con intensità proporzionale a quella dei tendinei.

In linea generale si può affermare che quanto più la lesione è profonda tanto più i riflessi di difesa sono intensi, e nelle affezioni gravi e progressive i riflessi stessi continuano ad accentuarsi mentre i tendinei s'indeboliscono. La sindrome evolutiva con accentuazione progressiva dei riflessi di difesa e indebolimento dei tendinei ha cattivo significato prognostico. Quando però la sezione midollare diventa totale i riflessi di difesa ritornano moderati.

Nelle paraplegie da compressione assumono una notevole intensità e sono accompagnati da crampi a volte dolorosi anche se esiste un'anestesia quasi assoluta.

Nelle forme combinate, tabe ed emiplegia, si può avere abolizione dei tendinei e dei cutanei, e persistenza dei riflessi di difesa nonchè riflesso dell'alluce in estensione.

Nel morbo di Friedreich i riflessi di difesa sono vivaci e meglio provocabili con l'eccitazione superficiale.

I riflessi di difesa hanno un altro interesse pratico, quello di concorrere alla localizzazione della lesione midollare.

È noto come la topografia dell'anestesia consente generalmente di determinare la sede di una compressione, il che ha molto valore specie quando si tratta di un tumore operabile. Ma l'anestesia dà solo il mezzo di conoscere il posto occupato dalla parte superiore del neoplasma e non dà alcuna indicazione circa la sua parte inferiore. Babinski e Jarkowski hanno trovato che questo dato può essere fornito dai riflessi di difesa, i quali sono esagerati in rapporto all'eccitazione di tutto il territorio cutaneo che è in relazione con la parte del midollo sottostante alla lesione. P. Marie e Foix a loro volta hanno dimostrato che l'assenza dei riflessi di difesa in seguito all'eccitazione di un dato territorio consente, quando la serie dei riflessi è bene sviluppata, di concludere per l'esistenza di una lesione midollare o radicolare di altezza corrispondente.

In linea generale si può affermare che il limite dell'anestesia precisa la parte superiore della lesione; la scomparsa ed il limite di arresto dei riflessi di difesa ne precisa la parte inferiore.

Tuttavia nell'apprezzamento della lunghezza di una compressione midollare è consigliabile di tener conto di altri elementi clinici, sopra tutto in rapporto alla precocità, all'importanza ed all'estensione dei sintomi radicolari. Quanto più questi sintomi sono marcati ed estesi, tanto più lunga sarà la compressione.

Va infine accennato che nelle lesioni midollari l'esagerazione dei riflessi di difesa compare più tardivamente che nelle lesioni cerebrali. Per lo più si ha quando è scomparso il periodo di shock.

Mentre l'esagerazione dei riflessi tendinei corrisponde sopra tutto a lesioni o degenerazioni delle vie piramidali, l'esagerazione dei riflessi di difesa corrisponde per lo più a lesioni diffuse, non sistematizzate.

La rassegna dei fatti finora raccolti in ordine ai riflessi di difesa consente di rilevare la loro importanza teorica, in quanto concorrono a far conoscere la funzione del midollo spinale, ed anche pratica in quanto hanno un effettivo significato diagnostico e prognostico.

G. DRAGOTTI.

SUNTI E RASSEGNE.

SEMEIOTICA.

Splenografia e splenometria.

(KANDELAKI. *Archiv. f. Schiffs u. Tropen Hygiene*, febbraio 1932).

Da qualche tempo vi è la tendenza ad esprimere con dati numerici gli ingrandimenti della milza rilevabili con la palpazione poichè i valori quantitativi ottenuti colla misura delle dimensioni ci danno una maggiore esattezza per la valutazione delle splenomegalie.

A questo scopo sono noti i metodi di Christophers, di Schüffner e di Froilano de Mello.

L'A. propone un metodo col quale si ottiene la misura dell'ingrandimento della milza non soltanto nel senso della lunghezza come avviene col metodo di Schüffner, ma anche nel senso della larghezza.

Egli si serve delle linee topografiche comunemente adoperate in semeiotica: la linea medialis nel tratto dall'apofisi xifoidea attraverso l'ombelico fino alla sinfisi pubica, le due linee ascellari anteriori nel loro prolungamento fino alle spine iliache e le linee al di sopra lungo l'arcata costale ed inferiormente lungo il legamento di Poupart fino al loro congiungimento con la linea medialis. Viene tirata una linea orizzontale attraverso l'ombelico, normale alla linea medialis ed alle due ascellari.

Ne deriva così una figura esagonale divisa in quattro quadrilateri.

Si divide la linea medialis dall'apofisi xifoidea all'ombelico in cinque parti eguali, così anche il tratto dall'ombelico alla sinfisi. La linea orizzontale che congiunge la linea medialis con ambedue le linee ascellari viene divisa sia a destra che a sinistra in cinque parti eguali.

In questo modo tutta la superficie dell'addome viene compresa in una figura esagonale divisa in 10 × 10 = 100 « piccoli quadrati » (fig. 1).

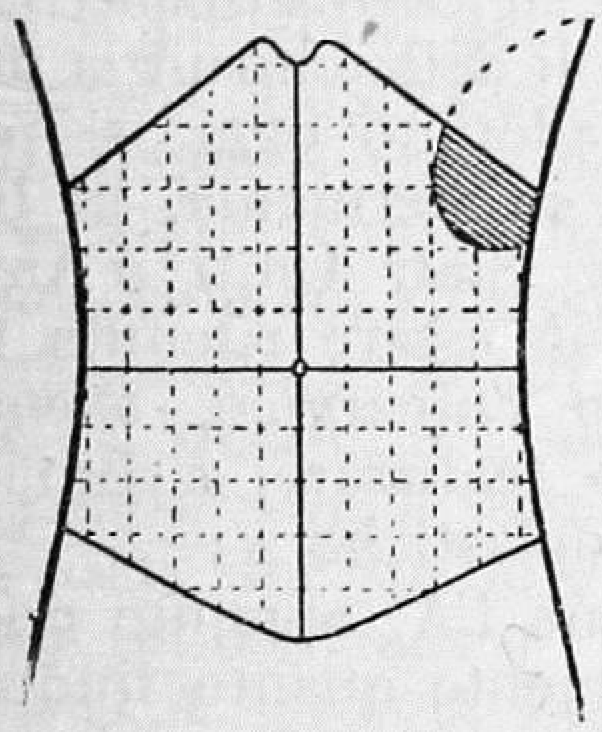


FIG. 1. — Milza 3 × 2.

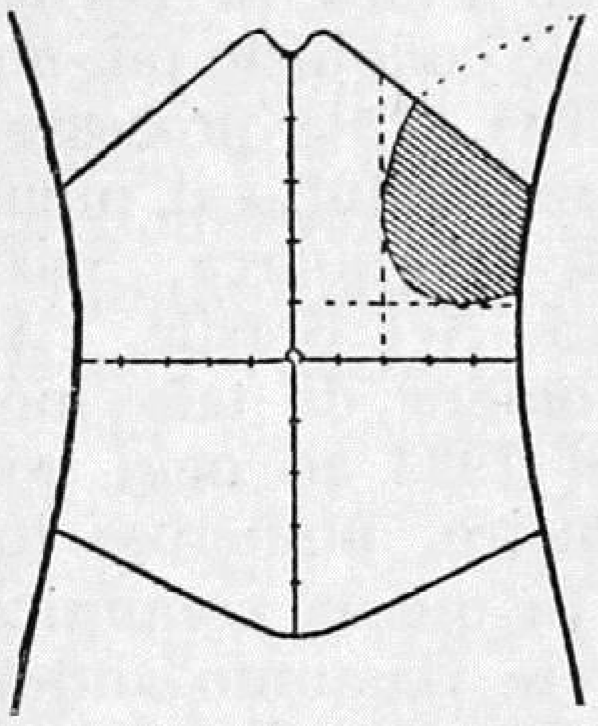


FIG. 2. — Milza 4 × 3.

Dopo aver determinato i confini della milza colla palpazione tiriamo lungo il limite destro della milza una parallela alla linea medialis e lungo il limite inferiore una seconda parallela alla linea ombelicale orizzontale. Nella linea medialis contiamo i tratti divisorî dall'apofisi xifoidea fino all'incrocio della tangente orizzontale e scriviamo il numero trovato come moltiplicando (nella fig. 2 = 4). Nella linea

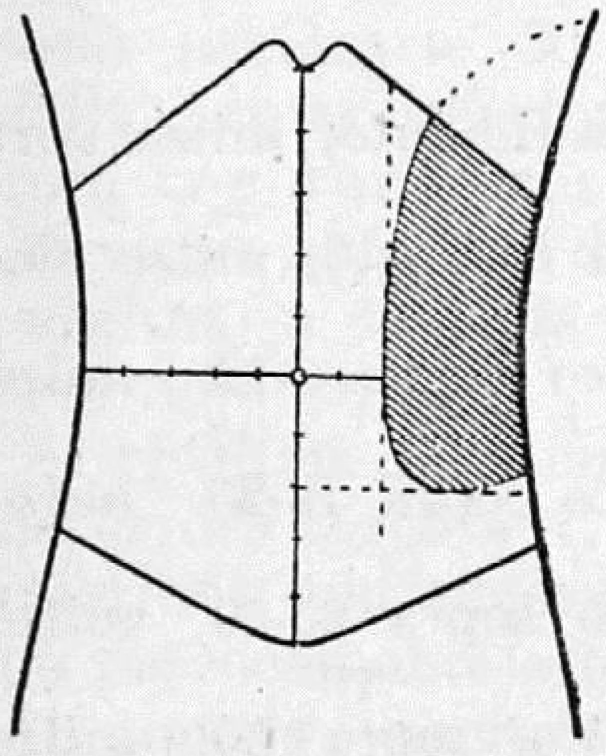


FIG. 3. — Milza 7 × 3.

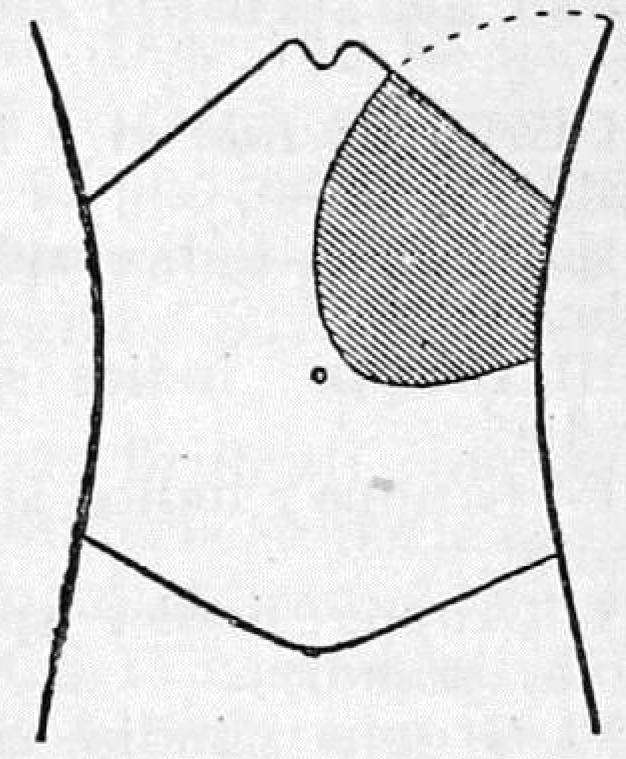


FIG. 4. — Milza 5 × 5.

ombelicale orizzontale contiamo i tratti divisorî dalla linea ascellare sinistra fino all'incrocio della tangente verticale e scriviamo questo numero come moltiplicatore (nella fig. 2 = 3). Il prodotto ottenuto (12) con la moltiplicazione di ambedue i numeri (4 × 3 = 12) esprime il percento, supponendo lo spazio di tutta la cavità addominale occupato dalla milza ingrandita come 100 %.

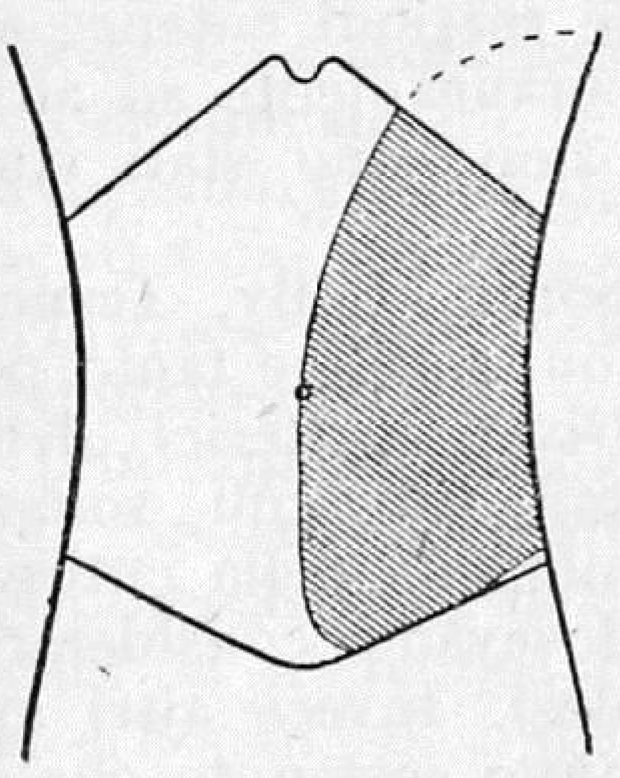


FIG. 5. — Milza 10 × 5.

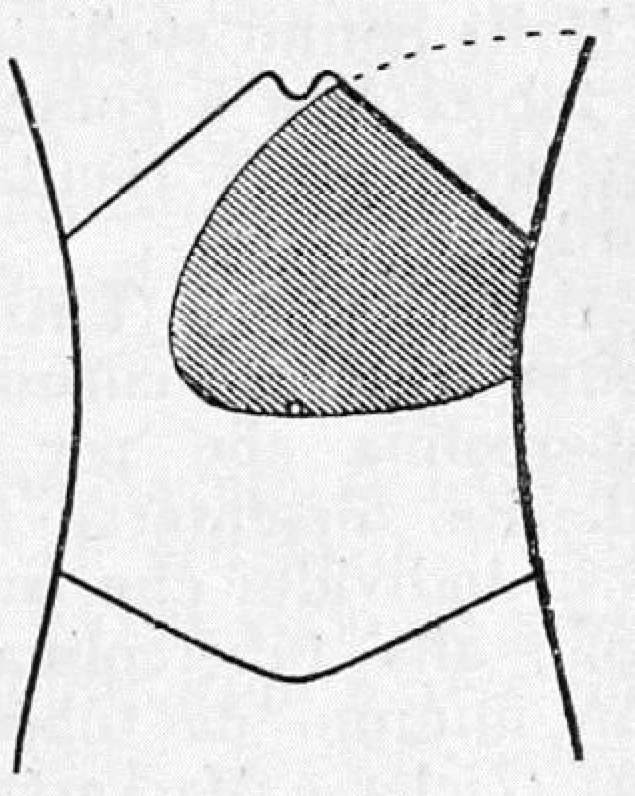


FIG. 6. — Milza 5 × 8.

Questo metodo permette inoltre di determinare abbastanza esattamente l'indice splenico nelle popolazioni di regioni malariche, mentre fin ora l'indice di Ross con la divisione in piccole, medie e grosse milze si è dimostrato alquanto grossolano.

La determinazione dell'indice splenico è molto semplice: si addizionano separatamente tutte le cifre dei moltiplicandi e dei moltiplicatori e da ogni somma si ottiene un numero medio aritmetico, che si divide per il numero dei casi osservati.

Esempio: Sono esaminati 10 uomini (figg. 1 e segg.): 1, 3×2; 2, 4×3; 3, 7×3; 4, 5×5; 5, 10×5; 6, 5×8; i rimanenti hanno milze normali. Sommiamo i moltiplicandi: 3+4+7+5+10+5+0+0+ +0+0=34; dividendo il numero ottenuto (34) per 10 = 3,4. Quindi sommiamo i moltiplicatori 2+3+3+5+5+8+0+0+0+0 =26 e dividiamo per 10=2,6. Per determinare la grandezza media della milza basta moltiplicare l'un con l'altro i mol-

tiplicandi e i moltiplicatori: 3,4×2,6=8,84. L'intensità media della milza malarica di questa popolazione è così eguale ad 8,84 (%).

L'A. infine raggruppa gli indici splenomegalici nel seguente modo:

I Gruppo: non vi è ingrandimento, milza normale;
II Gruppo: indice splenico fino a 6, milze piccole;
III Gruppo: indice splenico sopra 6-12, milze medie;
IV Gruppo: indice splenico sopra 12-25, milze grandi;
V Gruppo: indice splenico sopra 25-50, milze molto grandi;
VI Gruppo: indice splenico sopra 50, milze enormi.

D. LONGO.

TISIOLOGIA.

La specificità delle reazioni cutanee nell'uomo in rapporto coll'infezione tubercolare.

(P. D'ARCY HART. *The Quarterly Journ. of Medec.*, gennaio 1932).

Molti hanno studiato le reazioni cutanee alla tubercolina e contemporaneamente ad altre sostanze, ma i risultati non sono stati concordanti.

Alcuni autori (Entz, Sorgo, Rolly, Tezner) hanno osservato cutireazioni positive tanto per tubercolina che per derivati batterici della difterite, dissenteria, colera, tifo, coli, soltanto in individui che per intensità della cutireazione alla tubercolina dovevano considerarsi non immuni da tubercolosi. Invece altri autori (Zieler e Markert) hanno sostenuto che la reazione ai prodotti batterici non tubercolari è diversa da quella alla tubercolina. Altri studiosi sostengono che la reazione a prodotti batterici non tubercolari dipende parzialmente dall'allergia alla tubercolina e parzialmente da altri fattori.

Per quel che riguarda le proteine non batteriche fu notato che alle proteine del latte e della carne reagiscono positivamente nei malati di tubercolosi solo se provenienti da animali con tubercolinoreazione positiva. Alcune osservazioni non concordano perfettamente con quest'opinione.

L'A. ha notato che si hanno reazioni cutanee ritardate tanto alla tubercolina che alla iniezione intracutanea di brodo peptone glicerinato di vitello in proporzione identica alla cutireazione alla tubercolina, che le reazioni sono più evidenti nei pazienti affetti da lesioni tubercolari manifeste.

Da ricerche fatte in 400 casi, l'A. ritiene che la cutireazione alla tubercolina dipenda principalmente dai prodotti dello sviluppo dei bacilli e non dal mezzo in cui si diluisce la tubercolina. Inoltre vari campioni di brodopeptone glicerinato mostrano differente « potenza tubercolinica » e la capacità di produrre reazione cutanea simile a quella tubercolinica esiste nel brodopeptone glicerinato di vitello tanto nella frazione peptone che in quella estratto di vitello.

R. LUSENA.

Il trattamento chirurgico della tubercolosi polmonare.

(R. JOSETTI. *Resoc. 2 Congr. Pan-Americano della Tubercolosi*, 1931).

Se esiste un problema scientifico che deve sempre destare la massima curiosità e interesse, è precisamente il trattamento della tubercolosi.

Dopo gli esperimenti del vaccino specifico di Koch (tubercoline), si cominciò a volgere lo sguardo ai benefici effetti che la tubercolosi avrebbe potuto trarre dalla chirurgia. La collassoterapia proposta da Forlanini, come il pneumotorace artificiale, rischiararono nuovi orizzonti ed in tal modo il problema da meramente clinico che era, passò nel campo dei problemi medico-chirurgici.

Alcuni chirurghi proposero nuovi e usati metodi del trattamento della tubercolosi, senza scostarsi gran che dall'idea centrale di Forlanini. In tal modo si assistè all'operazione di Brauer e Sauerbruch, ed oltre alla intercostatectomia, la frenicoexeresi e la toracoplastica extrapleurica, si ebbero altri tentativi audaci come le operazioni sperimentali di Schaepfer e Tigel, riesumate recentemente in Germania da Edner e Kerchner.

Si può dire che tutta la terapeutica moderna della tubercolosi polmonare è una *réprise* della grande scoperta di Forlanini, e che gli unici processi chirurgici che riusciranno ad imporsi, per la loro provata efficienza, saranno la toracoplastica di Sauerbruch e la frenicectomia. I processi del Sauerbruch completano l'idea di Forlanini, e costituiscono una delle conquiste più notevoli della chirurgia moderna. Tale processo è adottato oggi, si può dire, in tutto il mondo: in Germania, in Italia, Danimarca, Svizzera, Stati Uniti d'America. Nel Brasile, l'A. può essere ritenuto un pioniere di tale metodo chirurgico, avendo dal 1923 ad oggi potuto realizzare, a Rio de Janeiro, numerose toracoplastiche.

In questa comunicazione l'A. appunto dopo avere riassunto sinteticamente quanto fino ad ora è stato detto e scritto a proposito del trattamento chirurgico della tbc. polmonare, espone i risultati del contributo brasiliano in fatto di toracoplastica. Si tratta di 21 osservazioni delle quali 17 appartenenti all'A. tutte corredate da radiografie, diagrammi, curve di peso e di temperatura, esami di espettorato, esami

batteriologici, ecc., ed in base ad esse l'A. non esita a concludere che la collassoterapia, avendo al suo servizio il pneumotorace artificiale, la frenicectomia, ma sopratutto la toracoplastica, è capace di risolvere e di curare la maggior parte dei casi di tbc. polmonare, una volta ritenuti incurabili.

Che la toracoplastica d'altra parte sia stata oggetto di particolare attenzione dagli studiosi, lo si rileva dall'ultimo Congresso Internazionale tenutosi a Oslo, dove fu votato all'umanità che tutti i medici e tutti i praticanti dovrebbero conoscere le indicazioni e i risultati della toracoplastica extrapleurica, non avendo nessuno diritto di privare i malati di questo beneficio. A. P.

DERMATOLOGIA.

Sulla vaccinoterapia nell'acne vulgaris.

(A. KAKTIN. *Wiener Klin. Woch.*, 5 febbraio 1932).

L'opinione che la pelle sia soltanto una membrana di difesa per l'organismo appartiene già al passato. Oggi sappiamo che ad essa spetta una gran parte nel meccanismo del ricambio, della regolazione termica e dei fenomeni immunbiologici: onde si può veramente parlare di *organo cutaneo*, la cui funzione è in diretta dipendenza con l'intero organismo. Esperienze su animali dimostrano chiaramente l'influenza che si può esercitare sulla cute per mezzo della nutrizione o con avvelenamenti mentre è comune osservazione pratica che alcuni tipi di vittitazione producono anche nell'uomo una speciale tendenza alle malattie cutanee.

L'*acne vulgaris* è notoriamente una malattia delle ghiandole sebacee provocata dallo staphylococcus albus; questo germe, che è un ospite abituale ed innocuo della cute, sotto particolari condizioni di diminuita resistenza della cute stessa (anemia, pubertà, disturbi intestinali) si virulenta e produce l'acne. Una terapia razionale dell'acne dovrebbe quindi allontanare la malattia causale: ma ciò non sempre è possibile giacchè spesso questa non è in luce o più spesso ancora si lascia influenzare difficilmente. Onde non rimane che cercare di aumentare la resistenza della cute verso lo stafilococco e ciò attraverso l'immunizzazione dell'organismo e quindi della cute contro il germe. È questo il concetto che ha spinto l'A. a curare l'acne con l'autovaccinazione: egli ha usato due specie di vaccini, uno per via intra e sottocutanea e l'altro preparato come Antivirus A secondo Besredka. Si incomincia la cura con l'iniezione di vaccino, metà dose sottocutanea e metà dose percutanea: in tutto non più di 0,2 cmc. (come dose di attacco) perchè potrebbero aversi delle necrosi locali. L'iniezione deve essere fatta in regioni vicine alla sede dell'acne e cercando di non iniettare il vaccino sempre nello stesso punto. Si aumenta man mano la dose fino ad arrivare a 2 o 3 cmc.

Intervallo fra le iniezioni: 4 o 6 giorni. Non si notano reazioni accentuate.

Il numero totale delle iniezioni varia: talvolta bastano da 10 a 15 iniezioni, talvolta ne sono necessarie 30 o 40. Dopo 12-15 giorni dalla prima iniezione di vaccino si inizia la cura con l'antivirus che si può usare in compresse o a forma di pomata, (con lanolina o vaselina) a seconda la regione su cui deve essere applicato.

I risultati della cura sono brillanti: un grande errore sarebbe il sospenderla dopo le prime iniezioni non notando un miglioramento troppo precocemente atteso. Gli 11 casi curati dallo A. con la vaccinoterapia e solo con questa, casi già sottoposti alle cure più svariate, tutti guarirono completamente e non ebbero più recidive. G. LA CAVA.

L'eczema.

(G. B. DOWLING. *The Practitioner*, marzo 1932).

L'eczema non è una malattia, ma è una speciale reazione della pelle che può essere prodotta da svariate cause. C'è una predisposizione acquisita o congenita.

L'eczema può associarsi ad eritema, edema, croste, desquamazione e lichenificazione.

Anatomicamente è una spongiosi (infiltrazione intercellulare di plasma nel corpo di Malpighi) a cui possono aggiungersi acantosi (moltiplicazione delle cellule malpighiane), e paracheratosi.

Clinicamente nell'eczema acuto si ha vescicola su base edematosa ed eritematosa. Nelle forme croniche l'aspetto è così vario da giustificare le numerose denominazioni: vescicolare, eritematoso, impetiginoso, crostoso, cheratolico, papuloso, papulovescicoloso, lichenificato. Le varietà cliniche si possono suddividere anche secondo le regioni colpite e questa distinzione ha valore anche etiologico; p. e. l'eczema delle mani è spesso di natura professionale, quello intertriginoso degli obesi è in rapporto collo sfregamento e l'iperidrosi a cui si aggiunge un processo infettivo batterico o micotico. La lichenificazione si osserva spesso nel gruppo dell'asma-eczema. L'eczema del cuoio capelluto è quasi sempre infettivo. Quello della faccia nei bambini può essere prodotto da sole cause irritanti esterne.

Per *l'etiologia* ci sono cause predisponenti (eredità) ed eccitanti. Le eccitanti sono *esterne* (luce solare, vento freddo, infezioni locali, medicamenti come lisolo, fenolo, acido picrico, formalina, iodoformio, iodio, solfo, mercurio, canfora, aniline, inoltre emanazioni di piante) e *interne* (da medicamenti come chinino, neosalvarsan, sali d'oro, latte, e anche da sostanze di origine autolitica).

Per la *patogenesi* l'eczema si ritiene oggi una manifestazione di allergia, ma non è facile dimostrarlo in tutti i casi.

Nella cura è bene considerare l'eczema con eclettismo e quindi fare cura locale (con varie pomate all'ossido di zinco, o all'ittiolo, o all'olio di cade o allo zolfo) e la cura generale. Per questa dieta senza spezie, a volte dieta latteovegetariana e con idrati di carbonio; nei bambini spesso è utile abolire i grassi; può essere utile il digiuno ogni tanto e l'uso di purganti. L'elioterapia è utile nelle forme microbiche e in quelle del gruppo asma-eczema. Ma l'elioterapia come pure la proteinoterapia aspecifica non sempre dà buoni risultati. Da qualche caso si è dimostrata utile l'autoemoterapia. Negli eczematosi bisogna spesso curare il sistema nervoso che può essere particolarmente irritabile. R. Lusena.

Il prurito.

(E. Graham-Little. *Practitioner*, marzo 1932).

L'A. rileva che il prurito come manifestazione patologica unica, non preceduta da alterazioni cutanee, può avere cause interne ed esterne.

Pruriti da cause interne sono il prurito isterico, quello da neurodermite, quello tossico. Nell'isterico si hanno altri sintomi della malattia fondamentale. In quello da neurodermite si ha miglioramento colla roentgenterapia. Il prurito tossico si può avere nel diabete, nella gotta, nelle malattie epatiche, nel m. di Basedow, nell'asma prurigo, nella fermentazione intestinale, nella malaria, nella nefrite, nel cancro viscerale, nella gravidanza, nelle sepsi fecali, nella linfogranulomatosi.

Nel gruppo del prurito di origine esterna ci sono quelli da pediculosi, da scabbia, da anchilostoma. Il prurito anale può dipendere da elmintiasi, da tumori pelvici, da stipsi cronica, da ragadi. Quello vulvare può dipendere dalle secrezioni vaginale e uterina.

La cura del prurito deve cercare di eliminare la causa.

In tutti i casi è utile evitare l'irritazione dei vestiti pesanti, come pure evitare il grattamento. In alcuni casi sono utili i sedativi del sistema nervoso. Nelle donne con disturbi da menopausa giova accelerare la cessazione delle mestruazioni con applicazioni di raggi X. Le purghe e i digiuni possono essere utili in alcune forme (p. es., da diabete). In alcuni casi si può trovare un'idiosincrasia alimentare e allora basta evitare la sostanza dannosa.

Come terapia locale sintomatica spesso giova applicare delle compresse caldissime seguite da polvere inerte oppure unguento all'1-2 % di acido fenico, oppure pomate alla canfora, al mentolo, alla cocaina.

R. Lusena.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

G. Viale. *Compendio di fisiologia umana.* 2ª ed. Un vol. in-16°, di 559 pag. con 88 fig., rilegato. V. Idelson, Napoli, 1931. Prezzo L. 35.

Osserva giustamente l'A. che i progressi della fisiologia sono tali che un trattato costituisce un organismo troppo lento e complesso per poter seguirli ed essere bene aggiornato. D'altra parte, per i bisogni della maggior parte degli studiosi — studenti e medici — è spesso sufficiente il conoscere gli argomenti nei tratti essenziali e secondo le concezioni più recenti, salvo poi ad approfondire quelli che maggiormente interessano.

Risponde bene a tale scopo questo « Compendio » che è un rinnovamento dei « Quesiti di fisiologia » pubblicati antecedentemente dallo stesso A. e rapidamente esauriti. Il vasto campo della fisiologia vi è trattato in modo sintetico e chiaro, dalle nozioni della fisiologia generale alle diverse funzioni (respirazione, alimentazione, digestione, circolazione, ecc.), con lo studio delle secrezioni interne, dei sistemi nervoso e muscolare, della cute e del ricambio.

Allo studente che ha bisogno di chiarire ed ordinare le nozioni della scuola, al medico pratico che desidera rinfrescare le proprie nozioni in materia, il libro del Prof. Viale sarà molto utile. *fil.*

G. Crestani. *Climatologia.* Vol. 17° del *Trattato italiano di igiene* diretto dal Prof. O. Casagrandi. Un vol. in-8° di 359 pag., con 96 fig. Unione tip. ed. torinese, Torino, 1931. Prezzo L. 45.

Molto opportunamente, la trattazione della climatologia è stata affidata ad un cultore specialista nel campo della meteorologia e geofisica. Di fatto, ciò che maggiormente importa in questo campo è di valutare esattamente le variazioni delle singole grandezze se si vuole risalire alla causa principale delle variazioni ed identificare quei rapporti fra organismo ed ambiente fisico che il medico cerca di conoscere e precisare. Studio che ha assunto una grande importanza oggi che tali rapporti sono più conosciuti e meglio evidenti.

Il Prof. Crestani dà, al principio delle nozioni generali sugli elementi meteorologici, sulle osservazioni e sulla elaborazione del materiale. Tratta poi l'atmosfera, le radiazioni, la temperatura, l'umidità e le precipitazioni atmosferiche, la pressione, il vento, l'elettricità e la previsione del tempo.

Passa quindi alla climatologia vera e pro-

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

pria, esaminando il clima in rapporto con l'uomo, la classificazione dei climi, la climatologia dell'Italia in generale e quella particolare delle varie regioni climatiche, aggiungendo anche lo studio climatologico delle nostre colonie. Studio sistematico, chiaro e completo dell'interessante argomento.

fil.

C. MIDULLA. *Antropologia fisica*. Editore Cremonese, Roma. L. 40.

Il libro vuole avere uno scopo prevalentemente pratico e didattico: fornire agli insegnanti di educazione fisica le nozioni di antropologia e fisiologia indispensabili all'adeguato assolvimento della loro missione.

E il fine è perfettamente e compiutamente raggiunto.

Una buona parte del volume è dedicata all'esposizione della dottrina costituzionale ed alla sua importanza nei riguardi non solo dell'educazione fisica, ma anche della patologia. Il libro pertanto è molto utile anche ai medici. DR.

A. FISCHEL. *Grundriss der Entwicklung des Menschen*. Vol. in-8° di pagg. 134. I. Springer, Berlino 1931. RM. 11.

Trattasi di un manuale in cui sono sinteticamente raccolte tutte le nozioni fondamentali di embriologia umana: precedono alcune nozioni assai chiare e che tengono conto delle osservazioni recenti, relative alla progenesi e alla blastogenesi generale, e pertanto un intero capitolo è dedicato alla ovogenesi e alla spermiogenesi e allo sviluppo iniziale dell'ovo fecondato nelle varie classi animali e infine nell'uomo: la formazione dei foglietti embrionali vi è fatta minutamente e con particolare semplicità e chiarezza, l'esposizione del testo essendo completata e corredata da numerose figure schematiche e semi-schematiche tratte in parte dai principali trattati di Embriologia, in parte dalla raccolta personale dell'A. La seconda parte del libro è dedicata allo sviluppo morfologico dei singoli apparati ed organi suddivisi a seconda della loro derivazione embriologica dai tre foglietti embrionali.

Il libro per le sue doti meriterebbe certamente anche una traduzione nella nostra lingua e varrebbe a completare le nozioni embriologiche che ciascun medico dovrebbe avere senza dover ricorrere a trattati (anche tra noi eccellenti, quale quello recente del Chiarugi) in genere troppo vasti e troppo specializzati. E questo è stato lo scopo che ha voluto perseguire l'A., facendo una specie di riassunto del suo recente trattato sullo sviluppo dell'uomo (*Lehrbuch der Entwicklung des Menschen*, Springer, 1929).

CH.

W. BRANDT. *Grundzüge einer Konstitution-Anatomie*. Editore Springer, Berlino. Marchi 28.

In questo interessante volume il Brandt espone una sua teoria sulla morfologia vegetale ed animale riferita ai fenomeni di sviluppo, di accrescimento e differenziazione.

G. D.

A. LIPSCHÜTZ. *La autorregulación orgánica*. Editore Morata, Madrid.

L'A. raccoglie in questo volume una serie di conferenze che riassumono i lavori eseguiti nell'Istituto di Fisiologia di Concepcion su argomenti di endocrinologia. G. D.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta dell'11 marzo 1932

Presidenza: prof. A. FERRATA, presidente.

G. B. MAFFEI. — *Funghi mangerecci e velenosi osservati alla luce di Wood.*

D. VIOLA. — *Esperienze circa l'uso dell'astoscopio nell'identificazione dei proiettili.*

D. G. MOSCHETTA. — *Contributo casistico allo studio delle invaginazioni del colon.*

Atrofia mieloide acuta globale.

A. FIESCHI e A. BACCAREDDA. — Caso di aleucia acuta con diatesi emorragica, angina necrotica e sepsi pneumococcica in una giovane trattata con arsenobenzolo per via orale. Riscontro clinico di una eritro-leuco-trombopenia gravissima, con forte iperemolisi relativa. Reperto anatomico di necrosi miliari in milza e fegato, aplasia globale del midollo osseo con modica reazione istioide, senza alcun reperto di leucemia acuta. Gli OO. dopo una breve discussione della posizione nosologica di questa forma fra le mielosi aplastiche, concludono per una aplasia vera preparata dalla intossicazione arsenicale (fu ritrovata forte quantità di arsenico nel fegato) scatenata dalla sepsi Queste forme acute tossi-infettive vengono nettamente separate dalle aplasie lente con o senza ipersplenismo dimostrato.

I polipi dello stomaco.

Dott. LUIGI NICCOLI. — L'O., dall'osservazione macro- e microscopica di 15 casi di polipi dello stomaco, trae queste conclusioni: formazioni piuttosto rare (0:22 % su 5730 autopsie) — il concetto di polipo è puramente morfologico — vi si raggruppano: formazioni iperplasiche ghiandolari in gastriti croniche (gastriti polipose), vere neo-formazioni fibro-epiteliali benigne (adenomatose e papillomatose) o adenomiomatose su gastriti croniche.

Per l'origine si può invocare una predisposizione individuale congenita o una infiammazione cronica della mucosa gastrica o tutti e due questi fattori.

L'O. nota pure la possibilità della coesistenza con tumori maligni o della trasformazione maligna dei polipi.

Sulle occlusioni delle vie pancreatiche e biliari di origine duodenale.

Dott. FRANZ CORTESE. — Tratta dell'esistenza di occlusioni del coledoco e del dotto di Wirsung consecutive a duodenite cronica sclero-stenostante. Un caso dimostra che anche nell'uomo, dopo l'occlusione dei canali pancreatici, canali rigenerati possono giungere a versare la secrezione ghiandolare esterna nel duodeno. I fibropapillomi sottomucosi del duodeno, osservati in questi casi, debbono essere interpretati come di origine pancreatica e cioè consecutivi all'arrivo nella sottomucosa di canali pancreatici rigenerati.

M. RUSCONI. — *Osservazioni morfologiche sui plessi coroidei di « Delphinus delphis ».*

Il Segretario: INTROZZI.

Società di Coltura Medica della Spezia e Lunigiana.

Seduta del 26 febbraio 1932.

Presiede il prof. dott. RINALDO CASSANELLO.

Trattamento chirurgico dell'ozena.

Prof. dott. A. BRONZINI. — L'O. tratta gli ozenatosi con la auto-vaccinoterapia locale. Quando le cavità nasali sono eccessivamente ampie fa seguire, in determinati casi, un trattamento chirurgico. Preleva pezzi di cartilagine costale a sezione rettangolare con sgorbie apposite (metodo Sanvenero-Rosselli), scolla ampiamente il periostio del pavimento ed il pericondrio della parete mediale delle cavità nasali sin quasi alle coane e vi pone i pezzi di cartilagine sino ad ottenere il restringimento desiderato.

Su di una singolare localizzazione di un corpo estraneo in faringe.

Prof. dott. A. LUZZATTI. — Signora 85enne, portatrice di una protesi dentaria completa articolata; ingoia un pezzetto ad uncino dell'apparecchio rottosi in uno sforzo di masticazione.

Il pezzo inferiore della protesi, spostatosi all'indietro, andò ad afferrare l'ugola, staccandosi dal resto dell'apparecchio e rimanendo nascosta nello spessore dell'ugola stessa.

Prof. dott. L. SESTINI. — *Sul significato del B. coli nell'acqua potabile delle navi.*

Come si possono iniettare fortissime dosi ravvicinate di arsenobenzoli.

Dott. A. CAMEO. — L'O. presenta un caso di lue tardiva, ignorata, arseno-bismuto-mercurio resistente, in cui è stato praticato, per la prima volta in Italia, il trattamento alla Savulescu (di Bucarest), consistente in iniezioni endovenose di salvarsanici, praticate ogni due o tre giorni, alla dose da 0,75 a 0,90 e disciolti in soluzione di deidrocolato di soda al 20 %.

Si tratta di un uomo robusto di 58 anni, in cui da cinque anni, ad onta di tutte le cure arsenobenzoliche, bismutiche, mercuriali e iodiche fatte, non si era mai riusciti a modificare la R. W. sempre intensamente positiva.

In 15 giorni, col trattamento Savulescu, si sono iniettati gr. 5 di novarsenobenzolo e per la prima volta, dopo 5 anni e dopo il controllo di ben 22 R. W. praticate, si è vista la W. stessa ridursi quasi negativa (ritardo dell'emolisi con un antigene, negatività assoluta con altri due).

L'O. non ha mai riscontrato la minima intolleranza o il minimo disturbo, durante il trattamento.

L'O. dopo avere accennato come si può spiegare questa eccezionale tolleranza a tali inconsuete dosi del pericoloso medicamento, propone di studiare e sperimentare ancora e a lungo il metodo — finora poco conosciuto — perchè se i resultati ottenuti, fin qui concordi, potessero venir confermati, a nessuno potrebbe sfuggire l'importanza pratica del metodo descritto, sopratutto applicandolo nella fase sieronegativa primaria: si ritornerebbe così alla primitiva concezione dell'Ehrlich, della *Therapia sterilisans magna*, con serio fondamento di piena realizzazione e con inestimabile vantaggio per l'individuo e per la collettività.

Su di un caso di tubercolosi della milza.

Dott. G. CAMPODONICO. — Descrive un caso di tubercolosi della milza a grossi nodi caseosi; espone le cause della rarità di tale forma morbosa e le teorie sulla patogenesi.

Il Segretario: Dott. DOMENICO ROLLAND.

Società Medico-Chirurgica Bellunese.

Seduta del 3 febbraio 1932.

Presidenza: prof. G. PIERI, presidente.

Il PRESIDENTE commemora brevemente il dott. Giovanni Gaggia, vice-presidente, deceduto il 30 gennaio u. s.

Osservazioni sull'epidemia difterica.

Prof. R. DARDANI. — L'O. riferisce di avere avuto in cura, in ospedale, 22 casi di difterite. È della opinione che se si riuscisse sempre a intervenire con la sieroterapia in prima o seconda giornata di malattia, la mortalità per difterite potrebbe ridursi praticamente a zero.

Rileva l'utilità della profilassi a mezzo dell'anatossina di Ramon.

Discussione: BERTOLOTTI, TANFERNA, PAGANI, CELLETTI, COLLE.

Contributo alla cura del morbo di Basedow colla legatura arteriosa.

Prof. G. COLLE. — Riferisce su 4 casi di morbo di Basedow, nei quali per la gravità dei sintomi cardiaci e per le condizioni generali essendo controindicata la enucleoresezione della tumefazione tiroidea, procedette in anestesia locale alla legatura uni- o bilaterale (a seconda della uni- o bilateralità della neoformazione) della arteria tiroidea superiore, conseguendo un insperato miglioramento e, in tre casi, addirittura la guarigione.

In uno dei quattro casi poi, coesistendo una forma morbosa gastroduodenale (ulcera) che aveva suggerito il ricovero, le condizioni basedowiane

erano tali da rendere l'intervento laparatomico molto pericoloso; fatta precedere la allacciatura bilaterale dell'arteria tiroidea superiore, si potè già poco dopo più di un mese (tanto era stato il vantaggio conseguito) sottoporre con animo tranquillo la paziente alla operazione per ulcera duodenale.

Sulla diagnosi radiologica delle affezioni del faringe.

Dott. L. Celletti. — Richiama l'attenzione sull'importanza di un sintomo radiologico per la diagnosi di affezioni faringee e tipicamente dell'epitelioma: il bolo del pasto opaco in questi casi invece di assumere nell'atto della deglutizione una figura ellittica regolare, assume una forma assai irregolare e quando viene deglutito in luogo di scivolare sul piano inclinato lingua-epiglottide-laringe, scende (a causa dello stato di paresi) di lato alla base della lingua e rimanendo quasi immobile, riempie le vallecole.

Un caso di ittero letale "ex emotione,,.

Dott. Bertolotti. — Un giovane di 19 anni sdrucciolando in montagna cadde in un crepaccio, provando un grande spavento. La sera del giorno successivo fu colto da allucinazioni, e al terzo giorno inappetenza e ittero; le condizioni si aggravarono rapidamente senza che si constatassero fatti obbiettivi, tranne la oliguria con orine cariche di pigmenti biliari, e al 6° giorno dal trauma sopraggiunse la morte. Non fu possibile praticare l'autopsia.

L'O. pensa che non possa essersi trattato che di un caso di ittero « ex emotione » e discute le varie teorie addotte a spiegare la patogenesi di questo singolare e grave fatto clinico. Pensa che la sola ipotesi dello spasmo delle vie biliari non sia sufficiente; forse si aggiunge una intossicazione batterica enterogena, i cui danni si fanno sentire, oltrechè sul fegato, anche sui reni.

Esiti di un omotrapianto nervoso alla Nageotte.

Prof. G. Pieri. — L'O. presenta un uomo di 35 anni il quale nella primavera del 1928 fu colpito da una fucilata al braccio destro, con larga asportazione di parti molli. Residuò una paralisi del mediano e dell'ulnare che rendeva la mano pressochè inservibile.

Nel novembre 1929 fu praticata la escissione della cicatrice; risultò una perdita di sostanza, a livello dei nervi mediano e ulnare, della lunghezza di circa 10 centimetri che fu colmata con un trapianto alla Nageotte (nervi prelevati da arti amputati e conservati in alcool) per ognuno dei due nervi. Il trapianto fu circondato con un manicotto di fascia lata fino a livello della parte sana del nervo. Uno dei due trapianti si eliminò dopo circa tre settimane.

Attualmente, a distanza di circa 16 mesi, si constata il ripristino clinico del nervo ulnare; ricomparsa della sensibilità cutanea nel suo territorio, del movimento di flessione delle ultime dita, e di quello di adduzione del pollice.

Dott. V. Tanferna. — *Actinomicosi cervicofacciale di origine auricolare.*

Il Segretario: Dott. G. Locatelli.

Società Italiana Fascista per gli Studi Scientifici sulla Tubercolosi.

Sezione di Roma.

Seduta del 16 febbraio 1932.

Presidente: on. prof. Eugenio Morelli.

Il Presidente legge una circolare del Consiglio Direttivo della Federazione Nazionale fascista per la lotta contro la tubercolosi che ordina e regola la trasformazione delle sezioni della Società per gli studi scientifici sulla tubercolosi in sezioni regionali della Federazione Nazionale Fascista per la lotta contro la tubercolosi, provvedimento reso necessario dalla fusione dei due Enti. Tali sezioni dovranno estendere le loro attività a un'intera regione e interessarsi non solo di problemi scientifici, ma anche di questioni sociali, entrando a far parte della Federazione Nazionale. La Sezione di Roma viene quindi costituita in Sezione del Lazio, nel mentre vengono confermate le cariche dell'on. prof. Morelli a presidente e del prof. Omodei-Zorini a delegato regionale.

Vengono poi svolte le seguenti comunicazioni scientifiche:

Ulteriori considerazioni sulla genesi del pnx opaco.

Torelli Gastone. — Dopo aver ricordato il comportamento paradosso del pnx opaco (raccolta aerea meno trasparente del polmone collabito) ne riporta la genesi ad una sinfisi marginale del polmone che in gran parte è collabito al mediastino ed in parte disteso sotto forma di lembo aderente alla parete costale: in tal modo la pleura parietale viene divisa in due campi dei quali quello libero che guarda la cavità pneumotoracica, va incontro ad una pachi-pleurite. A conferma di tale spiegazione presenta dei radiogrammi ottenuti prima e dopo lo stabilirsi della inversione dei rapporti di trasparenza: si osserva infatti lo svilupparsi di una banderella opaca lungo il margine di ripiegatura costale, espressione di pachi-pleurite parietale mentre la pleura viscerale non incontra alcuna variazione: la pachi-pleurite inoltre si arresta esattamente laddove il lembo polmonare è aderente alla parete toracica.

L'O. dopo aver ricordato che questa genesi non è sempre costante, poichè nel caso che presenterà il prof. Omodei-Zorini l'origine del pnx opaco è diversa, si intrattiene sulla terminologia adottata.

Su di un eccezionale reperto anatomico-patologico corrispondente ad un caso di pneumotorace opaco. "Pneumotorace extrapleurico parietale o ernia pleurica intratoracica ?.

A. Omodei-Zorini. — Descrive un caso eccezionale di pneumotorace radiologicamente opaco controllato al tavolo anatomico. Si trattava di una sacca pneumotoracica grossa come un pugno di adulto situata al di fuori della grande cavità pleurica in una regione corrispondente alla parte laterale e anteriore del lobo superiore destro, dovuta al probabile scollamento del foglietto pleurico parietale dalla fascia endotoracica. Esisteva sinfisi marginale colla pleura viscerale anteriore secondo una linea obliqua corrispondente al li-

mite mediale dell'ombra radiologica paradossa, staccata la quale i due foglietti sierosi apparivano del tutto integri e indipendenti dalla bolla gassosa.

Analoga sinfisi si osservava al limite laterale e posteriore del processo stesso estendendosi poi su tutta quanta la superficie posteriore del polmone. Il lobo superiore nella sua metà laterale apparirà schiacciato in senso antero-posteriore e addossato a guisa di lembo atelettasico alla parete posteriore del torace e alla cupola apicale, contribuendo in questo modo a rendere opaca l'immagine radiologica corrispondente alla proiezione sagittale della bolla pneumotoracica, mentre nella sua metà mediale anteriore era notevolmente enfisematoso e libero da aderenze.

Istologicamente le pareti della sacca pneumotoracica erano costituite da lamelle di tessuto connettivale fibroso-ialino non rivestito in nessun punto della cavità da endotelio, mentre questi era conservato abbastanza bene nei 2 foglietti pleurici affacciati sia nel parietale che nel viscerale anteriore.

Il caso veramente singolare può essere interpretato in un duplice senso, o come un pneumotorace extrapleurico intraparietale o come un'ernia pleurica endotoracica da piccola sacca situata in sede normale. L'O. illustra le diverse modalità di costituzione nell'un caso e nell'altro a mezzo di vari disegni semischematici che proietta allo schermo. A favore della prima ipotesi sta la mancanza di endotelio sulla faccia interna della sacca pneumotoracica, a favore della seconda l'assenza anamnestica di dolori da rifornimento, di enfisema sottopleurico e mediastinico, l'aspirazione spontanea del gas da ventosazione pleurica nella prima introduzione.

Da notare che il pnx già iniziato nel maggio del 1930 per tubercolosi micronodulare del lobo superiore destro venne continuato fino al gennaio 1931, dopo di che fu sospeso per bilateralizzazione e ripreso il 16 luglio 1931 con pressione iniziale di —10 —15 e finali di 0-8, introduzione di 200 cc. di gas. Dopo l'intervento il paziente non accusò dolori, ne enfisema sottocutaneo. Negli interventi successivi le pressioni iniziali si mantennero negative e raggiunsero un valore positivo solo al 10° rifornimento, mentre le finali divennero positive fin dal secondo (0+5) progredendo leggermente in valore assoluto nelle introduzioni susseguenti.

È interessante il fatto che mentre nel primo periodo di terapia pneumotoracica che va dal maggio 1930 al gennaio 1931 l'ombra radiologica era normale e il gas disposto a tutta altezza, con pressioni manometriche leggermente negative, nel periodo di ripresa che va dal luglio 1931 al gennaio 1932, epoca del decesso, l'ombra divenne paradossa, il pnx molto più circoscritto, le pressioni più fortemente positive, ciò che fa supporre che il primo pnx sia riuscito in sede normale intrapleurica e il secondo tra la pleura parietale e la fascia endotoracica.

Per ciò che riguarda la genesi dell'ombra radiologica opaca nel caso in questione, si deve rilevare che lo strano fenomeno fisico è giustificato non solo dall'ispessimento dei foglietti pleurici delle pareti della sacca dovuto a un processo di pleurite iperplastica, ma anche dall'esistenza del lembo polmonare atelettasico disposto a forma di foglia su tutta quanta la parete posteriore e laterale, sicchè la bolla di gas non occupava a tutto spessore sagittalmente l'emitorace, ma solo i 3/4 anteriori.

Il contrasto con l'iperchiarezza del 1/3 mediale e anteriore del parenchima polmonare era dato dall'enfisema bolloso marginale del lobo superiore e medio.

Il reperto anatomico è venuto quindi a confermare i presupposti teorici dell'O. nei riguardi della modalità di formazione del pnx opaco. Egli aveva infatti da tempo osservato che in diversi casi di pnx opaco l'ascoltazione posteriore dell'emitorace dimostrava la trasmissione del respiro e dei fenomeni acustici patologici, mentre anteriormente si aveva apnea, come se la bolla fosse localizzata anteriormente. Tale fenomeno si verifica per lo più in seguito a reazioni pleuriche lievi essudative o plastiche limitate al campo pneumotoracico ed in coincidenza con la trasformazione radiografica di un'ombra pnx normale in ombra paradossa. In tal caso succede che mettendosi il malato a letto e diradandosi i rifornimenti, la bolla gassosa emigra e si raccoglie anteriormente permettendo al polmone di espandersi e quasi di scivolare posteriormente aderendo alla parete toracica. Quando la reazione pleurica è cessata e si riprendono sistematicamente i rifornimenti di gas, non si fa che provocare l'atelettasia del lembo polmonare posteriore ormai aderente, che si svuota del suo contenuto aereo diventando opaco, nel mentre il resto del lobo si sposta verso il mediastino e va incontro ad enfisema vicario marginale. Il contrasto paradossale è dato essenzialmente da un lato dalle pareti ispessite del pnx e dal lembo polmonare atelettico adeso posteriormente e dall'altro dall'enfisema bolloso marginale anteriore del parenchima.

L'esposizione è completata dalla dimostrazione di radiogrammi, di preparati istologici e di disegni che illustrano le varie ipotesi patogenetiche.

Discussione.

SPINEDI: richiamando i dati della costituzione anatomica normale della parete toracica, degli strati e dei piani di clivaggio di essa nota come l'ipotesi del pnx extrapleurico dovrebbe escludersi per il fatto che asportandosi con il polmone la pleura parietale la sacca pneumotoracica non venne aperta, ma rimase addossata al polmone. Dovrebbe da ciò concludersi che il pnx era extrapleurico costituitosi in uno spazio limitato da aderenze e poi ingrandito con il meccanismo della distensione della sacca che si ha nelle comuni ernie chirurgiche e che pertanto dovrebbe nel caso trattarsi di ernia pleurica intratoracica.

LUZZATTO FEGIZ: La lucida esposizione del prof. Omodei-Zorini e l'esame del preparato non lasciano dubbio sulla sede intraparietale del pnx. Crede però che in un primo tempo deve essere stata costituita una bolla pneumotoracica in una zona di cavo pleurico libera di aderenze. Di qui l'aria introdotta con ogni probabilità a forte pressione si è forse infiltrata attraverso il tragitto dell'ago, determinando lo scollamento lamellare della pleura parietale. Negli ulteriori rifornimenti l'ago è penetrato in questa saccoccia intrapleurica, determinando un ulteriore scollamento ed un ingrandimento del pnx intraparietale.

On. MORELLI. — Si avvicina al concetto di pnx intraparietale sopratutto in base al preparato istologico. Ritiene però indispensabile aver maggiori

dati anamnestici riguardanti il periodo di soggiorno del malato fuori della Clinica. L'idea di un pnx extrapleurico di notevole volume e discretamente efficiente gli convalida la possibilità di agire terapeuticamente con tale mezzo dopo apicolisi e scollamento delle regioni apicali per mantenere un certo collasso della zona: collasso elastico e non rigido come questo ottenuto mediante immissione di una massa di paraffina. Invita a studiare sperimentalmente l'argomento.

Omodei-Zorini. — Risponde a Spinedi ricordando che all'atto della autopsia venne sezionata sul piano costale e scollata completamente anche la fascia endotoracica per evitare l'apertura artificiale della sacca, per cui non basta la sua obbiezione a negare la sede extrapleurica del pnx. Riconosce tuttavia la difficoltà di una esatta interpretazione, senza esami sistematici delle modificazioni dell'endotelio pleurico nelle comuni bolle pneumotoraciche di antica data.

È verosimile anche l'ipotesi del collega Luzzatto per quanto non dimostrabile allo stato attuale delle cose. Ritiene necessario estendere ulteriormente e completare le indagini patogenetiche.

Su di un caso di urto toraco-polmonare (nota clinica).

Renato Fritzsche. — Reperto semeiotico di urto toraco-polmonare rilevabile in un malato di tbc. polmonare in cura di pnx terapeutico durante gli spostamenti bruschi antero-posteriori sia sulla parete anteriore che posteriore dell'emitorace. Il reperto è analogo a quello già descritto da Rist e da Trepiccioni, ma più importante perchè situato a destra e senza che concomitassero lesioni di pneumonite caseosa.

A proposito della nuova classificazione delle forme tubercolari del polmone adottata dal prof. Micheli.

Camillo Spinedi. — L'O. espone in sintesi la trattazione che dalla tbc. polmonare ha fatto recentemente il Micheli (trattato di medicina interna diretto dal Ceconi) considerando in modo particolare quanto si riferisce alla sistemazione delle forme cliniche.

Rileva come la distinzione abbozzata dal Micheli in forme miliariche e forme essudative sia suscettibile di ulteriore sviluppo nel senso che al primo gruppo possono essere annesse delle forme che lo Schürmann definisce secondarie e il Neumann riporta allo schema III di Ranke, venendosi così a costituire un netto raggruppamento di forme cliniche che potrebbe definirsi « tbc. di disseminazione ematogena di tipo miliare » e del quale farebbero parte oltre quelle descritte dal Micheli, anche altre che il Micheli accenna appena o non ricorda (fibrosa diffusa, fibro-ulcerosa da fibrosa diffusa). La esposizione viene completata dalla dimostrazione di radiogrammi.

Il Segretario: Omodei-Zorini.

Società Piemontese di Chirurgia.

Seduta del 20 febbraio 1932.

Presidente: prof. M. Donati.

Prof. Debernardi. — *Sul trattamento delle lussazioni con frattura dell'estremità superiore dell'omero.*

Contributo alla clinica delle coste cervicali.

Dott. Bobbio A. — L'O. ha raccolto quattro osservazioni: in tre casi era insorta una sindrome nevralgica, nel quarto invece si presentava una sindrome vascolare; l'arteria erasi ridotta ad un cordone duro, rigido, non pulsante. Venne praticata l'asportazione della costa e la simpaticectomia periarteriosa dopo di che ricomparve la pulsazione abbastanza evidente; il polso arterioso non è ricomparso.

Coste cervicali e scoliosi congenita.

Dott. Fusari A. — Ha raccolto 11 osservazioni di scoliosi congenita; tra queste, sei erano dovute ad alterazioni morfologiche o numeriche del tratto cervico dorsale e in ciascuno di essi si notava la presenza di coste cervicali per cui il reperto di coste supplementari in questi casi è sempre stato legato a gravissime anomalie morfologiche e di differenzazione metamerica delle vertebre cervicali e dorsali.

Prof. Camera A. — *L'accorciamento a scopo ortopedico dell'arto sano nei postumi della coxite.*

Prof. Bianchetti C. Fr. — *Contributo clinico operativo alla chirurgia dei corpi estranei (aghi) inghiottiti.*

Seduta del 5 marzo 1932.

Presidente: prof. M. Donati.

Dott. Pachner E. e L. Bracco. — *Variazione in lunghezza delle fibre di un muscolo deteso col trapianto dell'inserzione, senza immobilizzazione dell'arto.*

Interventi per ulcera peptica ed emorragica post-operatoria.

Prof. E. Polacco. — Riferisce cinque casi di reintervento sullo stomaco in a. precedentemente operati per ulceri duodenali, per dimostrare l'insufficienza delle operazioni cosidette palliative a guarire definitivamente certi ulcerosi e ad evitare le complicazioni più frequenti dell'ulcera gastro-duodenale.

Prof. U. Camera. — *Sull'artrodesi extrarticolare dell'anca nella coxite e presentazione di operati.*

Prof. Jachia A. — *Artrodesi exarticolare nella coxite.*

Sul trattamento delle varici con metodo originale combinato medico-chirurgico.

Prof. Mairano M. — Isola, in anestesia locale, la safena al 3° super. o medio della coscia e la circonda con un'ansa di catgut; solleva l'arto dal piano del letto per svuotare le varici e lega la vena con il catgut. Pone l'arto sul piano del del letto e inietta con una siringa a perfetta tenuta la soluz. di salicilato di sodio al 30 % nella misura media di 12-14 cc. (minimo sei, massimo 18 cc.).

Dott. Talarico A. — *Il dolore controlaterale nelle affezioni chirurgiche del rene*, essendo sicuramente sano il rene opposto alla lesione è stato rinvenuto in 45 casi su circa 1200 ammalati di affezioni reno-ureterali. La maggior frequenza del dolore controlaterale è stato osservato nella tubercolosi.

Dott. Cucco G. — *Dolore controlaterale sin. in un caso di calcolosi renale destra.*

Villata.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

DALLA PRATICA CORRENTE.

Nevralgia essenziale del trigemino e novarsenobenzolo.

Dott. Mario Solito.

Nel 1927 Furno riferiva i brillanti risultati da Lui ottenuti nella terapia delle nevralgie essenziali del trigemino con arsenobenzolo e chinino. E precisamente il suddetto autore riportava 19 casi di nevralgie essenziali del trigemino dei quali una parte furono curati con arsenobenzolo endovena nelle dosi progressive come per la lue, e un'altra parte con arsenobenzolo endomuscolare pure nelle solite dosi progressive.

Alla cura arsenobenzolica per iniezioni fu in tutti i casi associata la somministrazione per os di bicloridrato di chinino in ragione di gr. 2 giornalieri in 4 volte con cartine da grammi 0,50 ciascuna volta.

La guarigione fu ottenuta nella totalità dei casi.

L'esito veramente suggestivo e la scarsezza delle risorse terapeutiche contro detta forma invogliavano a tentare la cura proposta dal Furno.

La mia casistica è veramente assai modesta: tre casi in tutto. Ma per certe particolarità mi pare meritevole di venir riferita.

In un caso usai la via endovenosa con cinque dosi di novarsenobenzolo da 0,15, 0,30, 0,45, 0,60, 0,75; negli altri due la via intra muscolare con sei dosi di novarsenobenzolo da 0,10, 0,15, 0,15, 0,30, 0,30, 0,45.

In un solo caso venne usato il chinino in dosi però modeste di gr. 0.90 al giorno con tre cartine da gr. 0,30 ciascuna. Negli altri due casi il chinino non fu usato, ma solamente il novarsenobenzolo.

I tre ammalati erano sicuramente immuni da lues, con nevralgia essenziale del trigemino di media gravità in due, di notevole gravità nel terzo il quale ripetutamente doveva ricorrere alla morfina e con lenimento talora scarso delle proprie sofferenze.

Una unica serie novarsenobenzolica nelle dosi soprariportate e con i noti giorni di intervallo tra una iniezione e l'altra mi hanno dato in tutti e tre i casi la guarigione perfetta a cui oggi posso aggiungere duratura trattandosi ormai di guarigione che nel più recente dei casi si mantiene da quasi due anni.

Il miglioramento si andava progressivamente affermando col progredire della cura e alla fine di questa si assisteva alla scomparsa completa di ogni sintoma.

La mia modesta esperienza conferma quindi a pieno i risultati di Furno ma dice anche qualche cosa di più.

Dice cioè che il merito di questo brillante risultato spetta esclusivamente al novarsenobenzolo perchè nei due casi in cui fu soppresso il chinino il decorso è stato egualmente favorevole ed i risultati felici.

Fatto nuovo questo di una importanza non trascurabile perchè se ne avvantaggia la pratica terapeutica in argomento, non solo, ma permette di chiederci, con qualche possibilità di risposta, quale possa essere il meccanismo dell'azione curativa.

Dei due farmaci è stato soppresso quello ad azione antinevralgica senza per nulla turbare l'effetto analgesico della cura. Se questo effetto deve imputarsi quindi totalmente al novarsenobenzolo è sospettabile in esso una azione specifica.

L'eziologia della nevralgia del trigemino è ignota; quindi manca per ora ogni possibilità di prova per una simile ipotesi. Ma meditando il risultato terapeutico, che con la soppressione del chinino si presenta di una precisazione assoluta, la possibilità di una azione diretta del novarsenobenzolo su un ancora ignoto agente etiologico della nevralgia è per lo meno prospettabile.

Tralasciando però le ipotesi si può sulla realtà dei fatti concludere che il novarsenobenzolo anche senza associarlo al chinino si è dimostrato capace di guarire definitivamente nevralgie del trigemino.

RIASSUNTO.

L'A. riporta tre casi di nevralgia essenziale del trigemino curati uno con novarsenobenzolo e chinino e due solamente con novarsenobenzolo e completamente e stabilmente guariti.

Castions di Zoppola, 20 febbraio 1932-X.

CASISTICA E TERAPIA.

Un caso di kala-azar autoctono nell'adulto.

P. Abrami, Grégoire e R. Wallich (*Soc. méd. hôpitaux*, 20 nov. 1931) hanno osservato un caso di kala-azar contratto in Francia, di una diagnosi tanto più difficile in quanto che si trattava di un vecchio malarico.

Gli AA. hanno trovato in questo caso, da un lato una reazione formo-leucogel positiva e delle modificazioni umorali riguardanti le albumine sanguigne ed i lipidi. D'altra parte, hanno osservato l'integrità del sistema reticolo-endoteliale, tutti fenomeni che non sono stati modificati dalla splenectomia.

Questo intervento, seguìto da iniezioni endovenose di sali d'antimonio organici ha portato una vera risurrezione della malata che era in stato di cachessia a causa del lungo tempo trascorso prima che la malattia venisse riconosciuta. L'asportazione della milza sarebbe, per gli AA., il complemento logico della cura medicamentosa, nei casi inveterati in cui la milza infarcita di Leishmanie, senza costituire l'unico serbatoio di parassiti, ne rappresenta quello principale. *fil.*

Atassia acuta di origine malarica.

G. Sykiotis (*Paris médical*, 14 nov. 1931) ha osservato un giovane di 16 anni che, nel decorso di febbri malariche, ebbe, durante un accesso di febbre con temperatura a 41°, una sindrome di atassia tale che, dopo 24 ore era diventato quasi impossibile il cammino. Asinergia, ipermetria, tremore intenzionale d'ambo i lati, impossibilità della stazione eretta sopra un solo piede od a talloni uniti. Nistagmo permanente, molto accentuato laterale, meno evidente il verticale; parola scandita. Iperreflettività osteo-tendinea agli arti inferiori, specialmente per il riflesso rotuleo. Nessun disturbo di sensibilità nè dei riflessi mesocefalici e velo-palatino; assenza di reazioni meningee. Presenza di *Plasmodium vivax* nel sangue.

Dopo una settimana di intensa cura chininica, si è iniziato il miglioramento che è progredito rapidamente, tanto che alla fine della seconda settimana, il cammino era quasi normale pure essendo un po' esitante; asimmetria ed asinergia attenuate e così pure l'ipotonia muscolare; i movimenti mancavano però ancora di precisione. In seguito, il malato continuò a migliorare, tanto da poter riprendere bene il suo mestiere di contadino.

In considerazione dell'eziologia malarica e dell'evoluzione, l'A. elimina la diagnosi di sclerosi a placche e di encefalite epidemica, per ammettere invece che si trattasse di atassia acuta malarica. Casi di tal genere sono stati descritti specialmente da autori italiani (per il primo, Pansini — donde il nome di « Sindrome di Pansini » —, nel 1901).

La sindrome cerebellare si spiega mediante le embolie capillari in alcune regioni del sistema nervoso centrale, pur senza negare la possibile importanza di altri fattori.

Tali casi indicano che va considerata come una forma autonoma l'atassia acuta primitiva, quando non si abbiano sintomi dipendenti da malattie infettive note e manchi l'evoluzione ulteriore verso la sclerosi a placche. *fil.*

Considerazioni sulle complicanze della parotite epidemica.

L. Salghini (*Giornale del Medico Pratico*, gennaio 1932) richiama l'attenzione sulla meningite che spesso complica la parotite epidemica e di cui ha osservato tre casi. La frequenza delle meningiti è secondo Dopter del 10 % mentre Massan in una serie di 243 casi la riscontrò nel 23 % dei pazienti. È quindi, specie nell'infanzia, molto più frequente dell'orchite, mentre lo è meno negli adulti. Nei pochi casi venuti a morte sono state messe in evidenza solo le lesioni che per solito si riscontrano nella meningite sierosa.

Le forme acute della meningite da orecchioni compaiono per solito dopo pochi giorni dalla tumefazione parotidea; a volte solo dopo la comparsa dell'orchite, in qualche caso solo dopo 8-13 giorni dalla guarigione; molto più raramente prima della comparsa della parotite.

L'inizio della meningite è violento, con febbre alta, vomito e sintomatologia tumultuosa. Di rado si hanno convulsioni, ma nelle forme gravi si può avere un coma vero e proprio. Data la gravità delle condizioni generali, si ha l'impressione che il malato debba venire rapidamente a morte, mentre dopo 3-4 giorni i fenomeni a carico del sistema nervoso cominciano a diminuire, per scomparire per solito al massimo dopo 10-12 giorni, lasciando il paziente in uno stato di profonda prostrazione e di stupore. Si possono avere ricadute.

Le forme croniche della meningite parotitica sono più frequenti nell'infanzia. Per solito lo stato generale non è eccessivamente compromesso. La cefalalgia è sempre intensa, il vomito frequente e saltuario, il polso per lo più bradicardico. La durata di questa forma è di qualche settimana e anche di mesi.

Tanto le forme acute che le croniche non lasciano in genere postumi.

La diagnosi è generalmente facile, anche se le manifestazioni parotitiche sono blande. Se si ha meningite come unica manifestazione dell'infezione parotitica, la diagnosi con la meningite tubercolare si impone, ma la puntura lombare non è sempre risolutiva, perchè il liquido cefalo-rachidiano presenta quasi gli stessi caratteri che nella meningite tubercolare.

La prognosi è buona. C. TOSCANO.

Sull'origine tonsillare di alcune infezioni.

A. Gigliucci (*Il Morgagni*, 31 gennaio 1932) osserva che oggi si attribuisce alle tonsille la

responsabilità di ogni setticemia ad etiologia oscura e la tonsillectomia è stata elevata a sistema. Ma, per essere inficiate, le tonsille debbono presentare sempre alcuni segni obiettivi. Saranno dunque sospette le tonsille:

1) quando da esse si veda fuoruscire del pus sia spontaneamente che mediante pressione sui pilastri anteriori;

2) quando l'inizio di un'affezione secondaria coincida con l'inizio di una amigdalite;

3) quando si presentano piccole, appena visibili, sclerotiche, incastrate, dure, essendo più pericolose di quelle ingrandite;

4) quando si rileva la presenza di gangli al collo e specialmente la presenza del ganglio sub-mascellare o tonsillare.

Ma per meglio stabilire la responsabilità delle tonsille nelle infezioni a distanza si ricorre alla prova amigdalica. Essa consiste nel praticare un massaggio digitale di tre minuti per ciascuna tonsilla e nell'osservare le variazioni ematiche che si verificano una quarto d'ora, un'ora e mezzo e due ore dopo il massaggio rispetto al sangue prelevato prima. In condizioni normali si manifesta una leucopenia transitoria con linfocitosi e la prova è negativa; nei casi positivi invece si verifica una leucocitosi con polinucleosi. C. Toscano.

Sul trattamento profilattico del raffreddore.

F. Pancrazio (*Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, 1931, n. 48) presenta un accurato studio sulla patogenesi, sulle manifestazioni, sulla profilassi, sulla terapia di questa affezione che, se non ha gravità clinica, è però assai molesta, specialmente in certe persone che per la corizza presentano una particolare predisposizione.

L'A., dopo aver presi in considerazione secondo il loro valore i fattori eziologici batteri ed ultravirus, divide i raffreddori in tre tipi: reumatico, influenzale, pertossico, e ne delinea la cura dando nettamente la preferenza alle terapie immunitarie. Sono poi interessanti i risultati che l'A. ottenne nella profilassi, per la quale pure gli diedero ottime prove i preparati immunitari (sierovaccini) che sperimentò su numerosi individui, i quali in seguito al trattamento poterono affrontare squilibri termici e fonti di contagio senza ammalarsi di corizza. (Vengono usati sierovaccini polivalenti). A. S.

La narcosi avertinica nel tetano.

T. Teichmann (*Münch, Med. Woch.*, 4, 1932) consiglia nella cura del tetano tre metodi curativi da eseguirsi parallelamente: lo sbrigliamento ampio della ferita, la somministrazione di antitossina per via intramuscolare, endovenosa (la migliore!) ed endorachidea, e la narcosi protratta con l'avertina (da g. 0,05 a g. 0,1 per Kg. di peso), in modo da combattere gli stati tonici e clonici; durante il periodo delle ripetute narcosi si procede comodamente all'esecuzione delle altre due terapie, prima indicate. V. Serra.

MEDICINA SCIENTIFICA

Enervazione del rene ed infezione renale ematogena.

Dopo una breve premessa sull'oscura patogenesi delle suppurazioni renali ematogene, G. Bragagnolo (*Accademia Medica*, 15 genn. 1932) richiama l'attenzione sulle alterazioni dell'innervazione renale quali fattori di localizzazioni d'infezioni ematogene. In una prima serie di ricerche condotte sulla guida dei lavori di Andler, Blatt, Caporale, Ruffo, ecc. l'A. all'enervazione del rene associa l'immissione in circolo di sospensioni batteriche.

La tecnica di queste ricerche fu sempre diretta ad evitare quanto più possibile di traumatizzare il rene onde gli effetti del traumatismo non si sommassero o si sovrapponessero a quelli dell'enervazione.

Le esperienze furono condotte su dieci cani, di questi due morirono per fenomeni tossiemici, il terzo morì per broncopolmonite. Nel quarto si determinò una cospicua idronefrosi per stenosi cicatriziale dell'uretere.

Dei rimanenti sei cani, in due non furono osservate alterazioni spiccate; in altri quattro invece si verificarono gravi lesioni a focolaio, esclusivamente a carico del rene enervato.

In ambedue i reni a seconda del periodo intercorso dall'ultima iniezione, si osservano fatti congestizi diffusi, alterazioni degenerative degli epiteli dei tuboli, emorragie glomerulari, piccole zone di infarto, proliferazione degli elementi connettivali, fatti di sclerosi.

Dette alterazioni istologiche pur essendo più spiccate e rilevanti nel rene enervato, non differenziano da quelle che si osservano nello altro rene: talchè è da ritenersi non siano in massima parte imputabili alla enervazione, bensì alla eliminazione dei microrganismi o alle loro tossine.

Le prove colturali di controllo con materiale prelevato dai focolai renali, permisero di riottenere pure lo stafilococco piogeno aureo, che era stato immesso in circolo in sospensione di patina colturale diluita in soluzione fisiologica.

Secondo l'A. questa prima serie di esperienze cui presto faranno seguito altre e numerose, dimostrano che le alterazioni dell'innervazione reno-ureterale favoriscono la localizzazione nel rene di germi circolanti nel sangue. R. Garbini.

La funzionalità renale nei lattanti sani.

Non essendo stata ancora studiata la funzionalità renale nei lattanti sani G. Di Maggio (*Medicina Infantile*, sett. 1931), ha cre-

duto opportuno istituire una serie di ricerche allo scopo di saggiare il grado di adattabilità dei reni di questi lattanti di fronte all'introduzione di una certa quantità di acqua, e, facendo seguire poscia un breve periodo di digiuno, valutare anche il potere di concentrazione dei reni stessi. L'A. dopo aver parlato dei vari metodi usati comunemente per la prova della funzionalità renale, riporta i suoi risultati, ottenuti con la prova della concentrazione e diluizione in 9 lattanti dai 40 giorni ai 12 mesi, di cui uno alimentato con pappine, 3 alimentati con latte di balie esclusivamente e gli altri ad allattamento misto.

Dall'insieme dei risultati avuti si possono trarre le seguenti conclusioni: 1) nei lattanti normali il peso specifico delle urine oscilla attorno a 1002-1006; 2) la funzionalità renale anche nell'età più piccola è bene sviluppata, ed i reni quindi posseggono tutti i poteri di regolazione relativi ai bisogni dell'organismo, analogamente a ciò che avviene nell'età adulta; 3) la eliminazione di tutta l'acqua ingerita avviene in un periodo di tempo relativamente breve e spesso anche tale da superare la capacità funzionale dei reni dell'adulto.

C. NERVI.

La diuresi da ingestione di acqua.

È nota la prova della diuresi, per studiare il funzionamento del rene e che si esegue facendo ingerire, a digiuno, una certa quantità di acqua e sorvegliando l'eliminazione urinaria. L'assenza di poliuria starebbe ad indicare che il rene non reagisce.

L. Ambard (*Journ. méd. français*, sett. 1930) ha potuto isolare un ormone intestinale ad azione diuretica e si domanda se l'assenza di poliuria non possa attribuirsi a mancanza dell'ormone intestinale.

La questione si presenta interessante dal lato teorico come da quello pratico e merita di essere approfondita. *fil.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

Profilassi individuale della malaria. - All'abb. n. 5551-1:

Alla profilassi medicamentosa è da preferire quella meccanica. Può bastare, all'uopo, una buona zanzariera; meglio ancora se si protegge anche la camera da letto. *a. l.*

Prestazioni a infortunati. — All'abb. n. 3552-1:

La riduzione d'una frattura e l'applicazione d'un apparecchio non sono prestazioni mediche che rientrano fra le prime ed immediate cure poste, dall'art. 15 del Reg. Infortuni, a carico dell'imprenditore, anche se dette prestazioni siano date nella prima visita praticata all'infortunato.

È *jus receptum*, ormai, che per prime ed immediate cure si devono intendere soltanto i soccorsi di assoluta urgenza praticati dal medico sul luogo dell'infortunio, per scongiurare un pericolo immediato, o per rendere possibile il trasporto dell'operaio in luogo ove egli possa tovarsi in condizioni normali di cura (ospedale od abitazione). S. DIEZ.

Al Dott. F. P., abbon. n. 501-4:

In questa rubrica non si danno risposte su casi clinici particolari. Rispondiamo in via del tutto eccezionale. La fenomenologia clinica del caso esposto risponde esattamente a quella della trombosi cerebrale, come da lei è stato diagnosticato. DR.

Concorsi per i Laboratori Prov. d'Igiene e Profilassi. — Al dott. O. D. P. da E. L.:

I programmi per gli esami di concorso ai posti di assistente, e ai posti di coadiutore e direttore nella sezione medico-micrografica dei laboratori provinciali d'igiene furono approvati con D. M. 9 maggio 1927, pubblicato nel Bollettino legislativo del Ministero dell'Interno a pag. 450 del medesimo anno.

Gli esami di concorso ai posti di assistente constano di una prova scritta riguardante la epidemiologia e la profilassi delle malattie infettive, di quelle parassitarie e di quelle di origine alimentare; di tre prove pratiche riguardanti una la microscopia, la batteriologia e la parassitologia applicate all'igiene, la seconda l'istologia normale e patologica, l'ultima la fisica tecnica e la chimica applicate all'igiene; infine di una prova orale.

Negli esami per coadiutore e direttore vi è anche una prova scritta di igiene con speciale riguardo alla sanità pubblica e alla legislazione; e una autopsia di un cadavere umano e relativo referto. M. C.

Al dott. P. C. da A.:

Non è stabilito per legge un limite di età pel collocamento a riposo degli ufficiali sanitari. M. C.

VARIA.

La fecondazione artificiale.

La pratica della fecondazione artificiale va assumendo in alcuni ambienti una diffusione relativamente larga, certo superiore a quella che farebbe supporre la tendenza alla limitazione della prole molto accentuata presso alcuni popoli.

Il desiderio prepotente della maternità congiunto al desiderio di mantenersi caste o fedeli ai proprii mariti fa ricorrere alcune donne a questa pratica d'eccezione.

Dal punto di vista medico la fecondazione

artificiale potrebbe essere giustificata solo allo scopo di evitare i disturbi fisiologici e psichici che in alcune donne determina la sterilità.

Dal punto di vista sociale e morale la quistione offre per varie ragioni motivi a discussioni.

L'argomento è stato ampiamente trattato alla Società Francese di ginecologia.

Il relatore, R. Jeudon, ha ricordato che la prima fecondazione artificiale fu praticata nel 1782 da Spallanzani sui cani e sui bovini. Più coraggioso e più fortunato fu il suo contemporaneo Rossi che la praticò sulla donna.

Molto più tardi Lutaud e Gigon la ripeterono ancora sulla donna con tecnica precisa e scopi determinati.

Da allora la fecondazione artificiale fu praticata esclusivamente su gli animali per ragioni commerciali.

Solo verso la fine del secolo XIX fu ritentata nella donna.

Marion Sims la praticò in un caso di retroversione con stenosi e conicità del collo e provocò subito la gravidanza. Il figlio nato a termine rassomigliava al padre.

Nel 1869 Girault praticò la fecondazione artificiale su 12 multipare. Ottenne 10 gravidanze di cui 8 con parto a termine ed uno gemellare.

Nel 1897 Borral su 30 tentativi ottenne 25 gestazioni.

Intorno a quest'epoca la fecondazione artificiale si diffuse tanto in Francia che se ne occuparono le cronache giudiziarie. Il tribunale di Bordeaux condannò il dottor Lajartre ad una forte ammenda per aver praticato fecondazioni artificiali ritenute « pratiche amorali che minacciano la stabilità delle famiglie ».

Nel 1897 il Papa intervenne inibendo ai cattolici di praticare o di subire la fecondazione artificiale, pratica contraria alla volontà divina che aveva condannato alcune donne alla sterilità.

Negli ultimi quaranta anni la fecondazione artificiale è stata praticata sopra tutto in Germania ed in Russia.

Un ginecologo russo, Ivanoff, che pratica largamente la medicina sperimentale in vivo ha rimessa all'ordine del giorno la quistione che pareva sopita in seguito ad alcuni insuccessi ed a scrupoli di natura morale e confessionale.

Si è venuto così delineando un movimento scientifico inteso a precisare i casi nei quali la fecondazione è indicata e praticabile ed i metodi più adatti per raggiungere lo scopo.

A coloro che si sono interessati dell'argomento è sembrato ragionevole limitarlo ai casi di sterilità dipendenti da cause meccaniche ossia anatomiche, sopra tutto alle deviazioni, malformazioni e del collo, al vaginismo, alla sproporzione tra l'organo maschile e quello femminile, ed anche all'assenza o insufficienza dell'erezione dell'organo maschile.

È ovvio che è inutile tentarla quando la sterilità è dovuta a cause biologiche (insufficienza ovarica) o patologiche (infezioni della mucosa uterina, otturamento delle trombe ecc.).

La tecnica è molto delicata in quanto i due elementi in causa, lo sperma e l'utero, sono per ragioni differenti molto fragili e vulnerabili.

Occorre innanzi tutto assicurarsi del valore biologico dello sperma eventualmente con un esame ultramicroscopico.

Il prelevamento più pratico è quello fatto a mezzo del preservativo, dal quale si ritira lo sperma a mezzo di una siringa precedentemente riscaldata a 40°, che è la temperatura della vagina al momento del coito. La semina deve essere fatta al più presto, e se l'operazione deve essere rimandata (mai dopo i trenta minuti) il preservativo con il suo contenuto deve essere tenuto a bagno maria a 40°.

La siringa e la sonda devono essere secche e prive di aria. Una sola goccia di acqua o un po' d'aria può essere causa d'insuccesso, perchè l'utero reagisce con violente contrazioni verso ogni corpo estraneo che non siano lo sperma o l'uovo.

La sonda deve essere introdotta nel collo senza sforzo e con la maggiore delicatezza.

Quando ci sia stenosi del collo occorre prima curare questa per qualche tempo.

È sufficiente raggiungere l'istmo e quindi iniettare non più di tre cmc. di sperma.

La semina deve essere praticata la vigilia del giorno dell'ovulazione che nella maggioranza dei casi si produce al 12° o 13° giorno dopo l'inizio delle mestruazioni.

L'operazione si praticherà sulla donna in posizione d'esame ginecologico leggermente inclinata. La donna dovrà in seguito rimanere sei ore coricata.

Ma oltre queste precauzioni di tecnica il medico che si accinge a praticare la fecondazione artificiale deve osservare altre cautele d'ordine morale e sociale.

È ovvio che una tale pratica non si deve eseguire se non quando la esigono pressanti ragioni mediche, che in pratica sono del tutto eccezionali.

È altresì ovvio che la semina non possa essere fatta se non con lo sperma del marito della donna che si deve fecondare.

argo.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

Risposte ai quesiti per questioni di massima.

33° *Dott. G. N.* — Lo stato economico dei medici interini non è regolato da norme generali. Generalmente le condizioni sono stabilite nell'atto di nomina.

Trasformata la condotta, e limitata la prestazione ai soli poveri, lo stipendio deve essere ridotto di quella parte che corrisponde alla cura degli abbienti. Se è già distinto il compenso dovuto per l'uno e per l'altro titolo, la limitazione non può dar motivo a contestazioni, se lo stipendio è complessivo, la riduzione deve essere stabilita equamente, con approvazione dell'autorità tutoria, salvo in ogni caso il trattamento economico minimo già fissato dalla G. P. A. a norma dell'art. 34 del R. D. 30 dicembre 1923, n. 2889.

Lo stipendio risultante dal capitolato è dovuto all'interino perchè a questo trattamento si riferisce genericamente l'atto di nomina.

34° *Dottor P. B.* — L'assistente effettivo esercita attività professionale: è quindi necessario che abbia superato gli esami di Stato.

Al medico condotto interino licenziato per scadenza del termine o per il verificarsi della condizione alla quale la durata del rapporto provvisorio era subordinata non è dovuta indennità, per qualsiasi titolo.

35° *Dottor G. V.* — L'onorario è dovuto dal marito. Lei potrebbe agire contro i parenti della donna assistita se potesse provare essere stata richiesta da essi l'opera professionale. Dovrebbe dimostrare l'obbligazione assunta. Certamente è rilevante il fatto che i parenti stessi hanno pagato il conto dei medicinali. Ma ciò non basta. Deve essere provata con altri elementi di presunzione e con testimoni la richiesta fatta in proprio, nell'interesse della paziente e non per la esecuzione di un semplice incarico.

36° *Dottor D. A.* — Il medico condotto non è certamente obbligato ad esercitare funzioni che sono proprie della levatrice. Ciò è ovvio. Se egli presta un servizio che non è compreso tra i suoi obblighi normali, ha diritto a compenso straordinario, in rapporto alla prestazione. Anche ciò è ovvio e giusto.

Praticamente bisogna applicare con prudente criterio queste regole. Se, per impedimento momentaneo della levatrice, il medico condotto presta assistenza urgente ad una partoriente iscritta nell'elenco dei poveri, non chiederà certamente incarico preventivo al fine di domandare poi un compenso straordinario al Comune. Ma se non si tratta di casi isolati e, il medico condotto deve sostituire la levatrice o perchè sia assente o perchè la condotta sia vacante, in tal caso, chiederà preventivamente al Podestà invito scritto alla *prestazione straordinaria*, in modo da acquisire così un titolo che riconosca la straordinarietà del servizio e accerti l'incarico. Tanto meglio se il Podestà stabilisca contemporaneamente di corrispondere un compenso; ma in ipotesi, è sufficiente ed è anche necessario ed opportuno l'incarico formale del servizio che deve essere prestato fuori dei doveri normali. Il medico condotto avrà così diritto di chiedere una remunerazione.

In nessun caso sono obbligati a remunerare l'assistenza coloro che sono iscritti nell'elenco dei poveri.

37° *Dottor G. M.* — Eccettuata la esclusione dal concorso deliberata dalla Commissione e notificata dal Comune, tutti gli altri atti del procedimento del concorso, compresa la graduatoria, sono preparatori. Contro di essi non è ammesso ricorso diretto e immediato. Definitivo è il provvedimento di nomina che conclude il concorso. Contro di esso, è ammesso ricorso al Consiglio di Stato in sede giurisdizionale nel termine di giorni 60 dalla comunicazione o dalla data della conoscenza positivamente accertata mediante atti formali dello stesso interessato. La deliberazione deve essere notificata dal Comune. Nel caso di ritardo o di inadempimento, l'interessato può farne richiesta. Il ricorso è diretto contro l'atto conclusivo e, se del caso, anche contro quelli preparatori: dato, per es., che sia illegittimo il procedimento o il giudizio della Commissione.

Non è invece ammesso ricorso al Ministero dell'Interno nè questo deve fare comunicazione di qualsiasi provvedimento.

Il concorrente chiederà copia degli atti della Commissione facendone istanza al Comune.

38° *Dottor M. G.* — La legge non stabilisce incompatibilità per causa di parentela, nè sono, senz'altro, applicabili le norme concernenti la ricusazione dei giudici e dei periti. Però, dovendo la Commissione corrispondere ad esigenze di giustizia e di imparzialità, ed essendo condizione elementare ed ovvia la serenità del giudicante, la quale può essere turbata da rapporti di interesse o da vincoli di parentela, è da ritenere che non sia legittima la costituzione della Commissione se uno dei componenti di essa sia legato da rapporti *intimi* di parentela con uno dei concorrenti.

N. B. — Ai quesiti degli abbonati si risponde, in ogni caso, direttamente, per lettera. I quesiti devono essere inviati, in busta, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del « Policlinico », via Sistina 14, Roma.

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, **sono gratuite.**

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI esercente in Cassazione, cons. legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI.

In sede di bilancio.

Si è svolta alla Camera dei deputati la discussione intorno al bilancio del Ministero dell'interno, su relazione dell'on. De Martino.

Riportiamo un sunto della parte che concerne i servizi igienico-sanitari, riservandosi di tornare, eventualmente, su di alcuni rilievi e di commentarli.

L'on. Giardina si occupa, in primo luogo, della tutela della maternità e infanzia. Egli rileva la grande importanza della riforma fascista e si compiace che l'Opera Nazionale si rivolga alla tutela dell'infanzia senza guardare se si tratti di figli legittimi o illegittimi. Osserva che la spesa relativa è andata aumentando sempre più fino a far prevedere per il prossimo anno una ulteriore impostazione di 33 milioni. Nè una tale previsione può considerarsi eccessiva dati i complessi compiti che l'Opera deve adempiere sino a dover essa integrare alcuni servizi spettanti alle provincie. Lumeggia l'attività dell'O. N. maternità e infanzia e stima indispensabile che questa venga rafforzata.

Passa, quindi, a trattare dell'assistenza ospitaliera. Rileva la necessità di un regolamento generale che disciplini la materia ospitaliera sia dal lato tecnico che amministrativo; ma specialmente per quanto riguarda la direzione medica, nel senso di conferire ad essa gli stessi poteri di quella dei manicomi. Invoca, poi, una maggior disciplina delle case di salute private.

Rileva l'insufficienza dell'assistenza ospedaliera in molte città del Mezzogiorno e delle isole. Quanto alla questione manicomiale, osserva che la cifra delle spese è diventata molto grave per le provincie e ciò non perchè sia aumentato il numero dei folli, ma quello dei ricoverati. Ora, molti di questi ultimi potrebbero trovar posto in istituzioni sussidiarie, mentre i direttori dovrebbero assumersi più ampiamente la responsabilità della dimissione dei degenti migliorati.

Vorrebbe che l'inizio della pratica professionale fosse circondato da maggiori garanzie.

Concludendo, confida che le questioni cui ha accennato troveranno quella soluzione definitiva che il Fascismo indubbiamente saprà adottare, andando sempre più verso il popolo, secondo l'alto mónito del Capo del Governo.

L'on. Serono elogia la costituzione ormai quasi completa dei laboratori provinciali di chimica e batteriologia e l'attiva vigilanza sugli stupefacenti, augurandosi che uguale controllo sia istituito sui cosiddetti calmanti che sono spesso stupefacenti larvati. Raccomanda la sorveglianza sulle specialità medicinali. Conclude affermando che l'Italia, la quale ha avuto per tanto tempo il primato nella medicina, saprà avere lo stesso primato anche nel campo della fabbricazione dei medicinali.

L'on. Spinelli osserva che il problema sanitario è stato sempre discusso dal punto di vista tecnico e assai poco da quello amministrativo. Il servizio di condotta piena, in seguito ad una vera agitazione svolta dalla classe dei medici condotti, fu limitato dai Governi del dopoguerra, con la condotta residenziale, solo a favore dei poveri iscritti negli elenchi comunali. Ciò arrecò grande danno, in quanto che al medico attualmente si fa ricorso solo quando si è presi dal male e che in questa circostanza ogni aggravio di spese rappresenta il più vivo disagio per gli ammalati, privi anche dei proventi del lavoro. Il Fascismo trovò tale stato di cose e non fu più possibile modificarlo.

L'oratore rileva come non sia stato ancora emanato il regolamento per l'applicazione del decreto sul doppio elenco dei poveri. Intanto è assicurata ai medici una condizione di privilegio. Così gli stipendi dei medici condotti sono fissati dalla Giunta Amministrativa; i medici condotti hanno un regime di pensione più vantaggioso che altri impiegati; per essi non funzionano limiti di età, poichè possono essere collocati a riposo solo per motivi fisici riconosciuti dagli altri colleghi; ecc. L'O. fa, poi, alcuni rilievi sul modo col quale si svolge il servizio e osserva che non sono stati raggiunti gli scopi che si volevano ottenere. Molti malati s'inviano agli ospedali. La media delle visite gratuite che ora i medici eseguono è addirittura insignificante. Crede che la condotta piena sia quella che meglio possa rispecchiare le necessità reali delle nostre popolazioni. L'esperimento della condotta residenziale, invece, gli sembra da considerarsi fallito. L'onere che i Comuni sopportano è eccessivo in confronto dell'opera effettiva che i medici esplicano; tale onere è ancora di più aggravato dalle spese farmaceutiche, le quali sono aumentate in confronto di quelle che i Comuni incontravano con la condotta piena. Afferma che questa non solo rispecchiava reali necessità delle nostre popolazioni circa l'assistenza medica, ma rappresentava anche per il Comune una notevole economia: la condotta residenziale invece, oltre ad avere aumentato le spese, ha reso meno efficiente il servizio medico. Altrettanto è avvenuto per il servizio ostetrico. Bisogna, dunque, abolirla e sostituirla con un sistema che non faccia più distinzioni fra quelli che pagano e quelli che non possono pagare. Prospetta alcune soluzioni, tra le quali quella di estendere le mutue.

La caratteristica di queste associazioni dovrebbe consistere nel fatto che i Comuni vi partecipino con tante quote quanti sono gli iscritti negli elenchi. Inoltre esse dovrebbero avere un carattere obbligatorio per quelle persone che, pur non figurando nell'elenco dei poveri, tuttavia devono considerarsi tali appena cadono ammalati.

Conclude riaffermando la necessità dell'abolizione della condotta residenziale se si vuole che anche in questo importantissimo campo si vada

verso il popolo secondo il comando del Duce e la nostra razza immortale si fortifichi sempre più pel raggiungimento delle mète più alte.

L'on. MARGHINOTTI vorrebbe che gli oneri delle Province nel campo assistenziale fossero alleviati, ponendo i malati di mente innocui a carico dei comuni, e regolando la questione degli esposti e degli illegittimi riconosciuti dalla madre. Propone che l'opera dei consorzi antitubercolari, antimalarici, antitracomatosi, sia assunta dalle Province.

L'on. FABBRICI preconizza di federare gli enti ospedalieri di una stessa provincia ed eventualmente di province vicine; prospetta la grave situazione delle Congregazioni di Carità.

L'on. SERTOLI si occupa del problema dello spopolamento della montagna.

L'on. E. MORELLI, sente il dovere di intervenire soprattutto per porre nel dovuto rilievo l'opera che la classe medica nell'attuale momento svolge entusiasticamente per coordinare l'azione del Regime nel campo sanitario.

Circa le specialità mediche dilaganti, afferma che ciascuna dovrebbe essere studiata e controllata da apposito organo da istituirsi presso la Direzione generale di sanità, mentre dovrebbe dagli interessati essere depositata una somma per l'esecuzione dei dovuti esami farmaceutici e chimici. Per la vendita delle specialità converrebbe rendere obbligatoria la prescrizione medica. Il comparaggio è rarissimo e, se scoperto, colpito.

Passando al problema manicomiale, invoca una sollecita riforma della legislazione vigente: il progetto che rimonta a circa sette anni or sono, deve subire un ulteriore riesame per la soluzione integrale in armonia alle moderne necessità dell'assistenza psichiatrica.

Quanto alla condotta residenziale, alle pensioni dei medici condotti e alle mutue, afferma che il camerata on. Spinelli è incorso in alcune contraddizioni ed ha offeso ingenerosamente la classe ed ha avuto il torto di risalire da fatti locali a fatti generali.

Nella condotta residenziale lo stipendio compensa l'obbligo della presenza; è stabilita una tariffa speciale per gli abbienti; ecc. Fu proprio il Governo Fascista a volerla, contrariamente a quanto ha affermato l'on. Spinelli, di cui ribatte altre asserzioni.

Accenna agli inconvenienti della supplenza a scavalco per le condotte mediche.

Circa le mutue rileva la convenienza di estendere l'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi a tutte le forme di malattie. Le statistiche infatti dimostrano come questo sistema sia il più adatto per la diminuzione della mortalità.

Concludendo, riafferma tutta la nobiltà dell'opera che i medici condotti compiono in ogni parte d'Italia, veri, umili e silenziosi eroi del dovere, in pace e in guerra, ai quali è già andato dal Campidoglio l'alto elogio del Duce.

Il sottosegretario all'interno on. ARPINATI ringrazia l'on. De Martino che ha fatto su questo bilancio una relazione ampia, coscienziosa, esauriente. L'oratore si trova in gran parte consenziente col discorso generoso e appassionato dell'on. Morelli. Dove dissente è in quella parte del discorso dell'on. Morelli nella quale questi si studia di dimostrare i vantaggi che deriverebbero alla classe medica qualora fosse vietata la così detta supplenza a scavalco. L'oratore ha l'impressione che questo modo di ragionare possa indurre a considerare la condotta a servizio del medico disoccupato e a riguardare il medico non come un missionario, ma come un professionista comune.

Altro punto di dissenso è là dove il Morelli domanda che per la vendita delle specialità sia resa obbligatoria la ricetta. Egli sa che per quelle contenenti stupefacenti o veleni l'obbligo della ricetta esiste già ed è fatto rigorosamente osservare.

Per tutti gli altri casi un simile obbligo recherebbe un'evidente molestia ed una spesa ingiustificata al pubblico, che non potrebbe più acquistare prodotti, sia pure di uso più comune, senza pagare un onorario al medico.

Non pare all'oratore che tutto ciò possa conferire prestigio ad una categoria che deve restare altissima nella nostra estimazione.

Circa il rilievo dell'on. Spinelli che la spesa sopportata dai comuni per i medici condotti è sproporzionata alla loro effettiva prestazione, pur compiacendosi dello zelo con cui il camerata Spinelli difende l'interesse del suo comune, ritiene che lo stesso onorevole Spinelli debba essere convinto che i medici sono molto migliori di come egli li ha descritti.

La grande maggioranza dei medici condotti invero è perfettamente consapevole dei propri doveri, e si ispira ad un elevato senso morale e alla massima probità. Essi hanno fatto disinteressatamente molto spesso più di quanto costituisce il loro dovere e non di rado hanno dato all'opera loro un vero carattere di carità cristiana.

Per ciò poterono essere definiti dal Duce preziosi collaboratori dell'epoca del Fascismo per l'elevazione del popolo italiano.

Quanto ai rimedi suggeriti dall'on. Spinelli, afferma che l'enorme maggioranza dei comuni non sarebbe in grado di impostare le somme necessarie per le condotte piene da lui vagheggiate.

Nè è vero che la condotta piena eliminerebbe gli inconvenienti lamentati, perchè il medico che sia privo di dignità, troverà sempre il modo di curare il proprio tornaconto più della salute dei malati.

Neppure è esatto che il frequente invio di malati agli ospedali sia sempre indizio di scarsa diligenza dei medici, poichè esso dipende dalla convenienza di allontanare i malati da un ambiente inadatto e malsano.

Tanto ciò è vero che il camerata onorevole Giardina ha lamentato proprio il contrario.

Con questo, però non esclude la possibilità di utili interventi e riforme, specialmente per la disciplina delle mutue che, organizzate con criteri territoriali, potrebbero portare ad una soluzione

felice tenendo conto delle esigenze dei servizi e delle necessità della popolazione.

E la direzione di sanità nel compilare il testo unico delle leggi sanitarie terrà nel massimo conto le soluzioni prospettate in questa importante discussione.

Si unisce al camerata on. Giardina nell'elogio fatto all'Opera nazionale maternità e infanzia e nella richiesta di un aumento di dotazione di tale Opera, ciò che anch'egli ritiene possibile mediante una maggior partecipazione ai proventi della imposta sui celibi.

Non crede invece opportuna una imposta sui matrimoni infecondi, perchè anzi spesso si colpirebbe in tal modo l'infelicità anzichè una deviazione morale.

Assicura poi che il disciplinamento della fabbricazione e commercio delle specialità medicinali sarà tale da assicurare buoni prodotti a prezzi giusti.

Circa l'assistenza ospedaliera manicomiale, dichiara che la Commissione per la compilazione del nuovo testo unico presto avrà terminato i suoi lavori.

Le condizioni sanitarie del Regno presentano un quadro pienamente soddisfacente; e l'incremento demografico è tale da dimostrare la fondamentale sanità del popolo italiano.

La lotta contro le malattie sociali è uno degli obbiettivi fondamentali del Governo Fascista, specialmente per quanto riguarda la tubercolosi; segnala a questo proposito l'opera dei Consorzi provinciali coadiuvati dalle provincie, dai comuni e dalla Cassa nazionale per le assicurazioni sociali.

Si tratta di una vasta e complessa azione, che si manifesta attraverso opere di bonifica, demolizione di quartieri malsani, costruzione di case e strade, diffusione di norme igieniche.

Essa si svolge intensamente, secondo i criteri dettati dal Duce fin dal memorabile discorso dell'Ascensione.

Attivissima è la lotta contro la malaria, ad onta della recrudescenza manifestatasi in alcune zone durante gli ultimi anni, a causa dei vasti agglomeramenti di operai nelle terre in corso di bonifica.

A questi lavoratori, che spesso cadono vittime del dovere, veri pionieri di civiltà, invia un saluto, sicuro di interpretare il sentimento dell'assemblea.

Anche contro il cancro intensa è la lotta, come pure contro il gozzismo.

Circa l'attribuzione alle provincie delle funzioni ora affidate ai Consorzi antitubercolari, il Ministero cercherà di evitare che in tali servizi si verifichino dannose interferenze.

Circa i mentecatti innocui non crede che essi possano essere considerati, come vorrebbe l'onorevole Marghinotti, inabili al lavoro ed essere perciò posti a carico dei comuni. È preferibile che tali dementi siano, come ora, ricoverati in reparti speciali nei manicomi ove spesso vengono adibiti a lavori utili.

Circa l'assistenza dei figli illegittimi riconosciuti dalla sola madre, per cui l'on. Marghinotti vorrebbe che tutte le provincie fossero sollevate di questo carico dall'Opera nazionale maternità e infanzia, osserva che la legge fa obbligo all'Opera nazionale di integrare le deficenze dell'assistenza provinciale, non di sostituirsi ad essa.

La beneficenza presenta un dato particolarmente confortante: negli ultimi nove anni il patrimonio dei poveri si è accresciuto di un miliardo. Questa cifra si spiega con due ragioni: prima di tutto con la fiducia che il popolo italiano ha nel regime, fiducia che ha avuto una luminosa riconferma in questi giorni, in occasione del Prestito coperto quattro volte in un sol giorno; si spiega, in secondo luogo, coi severi criteri di probità segnati dal Duce per la gestione delle opere pie, che non deve in nessun caso tradire quella che fu la volontà dei testatori.

I vari capitoli del bilancio sono poi stati approvati.

Sul processo verbale ha preso la parola l'on. Spinelli, per chiarire di non aver inteso assolutamente di diminuire, nel suo discorso in sede di discussione del bilancio dell'Interno, i meriti dei medici condotti.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Bagni di Casciana (*Pisa*). — Scad. 30 mag., ore 18; L. 9500 oltre L. 4000 trasp.; età lim. 35 a.

Benevento. *R. Prefettura.* — Posto di Ufficiale Sanitario. Stipendio L. 16.000 più quattro aumenti quadriennali del decimo. Età non superiore ai 45 anni dalla data di pubblicazione del bando (29 marzo c. a.) salvo le eccezioni di legge. Divieto del libero esercizio professionale. Documenti di rito. Tassa L. 50. Scadenza del termine utile per la presentazione dei titoli alla R. Prefettura di Benevento: ore dicianove del 29 giugno.

Brunico (*Bolzano*). — Scad. 30 apr.; capoluogo e fraz. Stegono; L. 6800 oltre L. 2000 abitaz., c.-v., 4 quinquenni dec.; deduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

Bulzi (*Sassari*). — Scad. 30 apr.; L. 9240 oltre L. 704 uff. san., L. 440 ambulat.; 4 sessenni dec.; età lim. 45 a.

Busto Arsizio (*Varese*). — Per titoli; stipendio L. 8000 decurtabile del 12 %, con cinque aumenti quadriennali del decimo; L. 3 per ogni povero in più dei mille; limite età anni 40, salvo eccezioni di legge. Scadenza 21 maggio.

Camaiore (*Lucca*). — Scad. 90 giorni dall'8 apr.; 1a cond.; ab. 5000 circa; L. 8000 e 5 quadrienni dec., oltre quota mobile L. 840 per i coniugati; deduz. 12 %; addizionale L. 4 oltre i 600 pov.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10; doc. non anter. all'8 apr.

Campoformio (*Udine*). — A tutto il 30 giu.; rivolgersi Segreteria.

Careggine (*Lucca*). — Scad. 30 giu.; L. 10.000 oltre L. 3000 cavalc., L. 800 arm. farm., lorde 12 %; tassa L. 50.

Castelluccio (*Mantova*). — A tutto il 15 mag.; capoluogo; età lim. 35 a. all'8 apr.; tassa L. 50; stip. L. 9000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 3500 trasp., L. 500 ambulat., L. 900 uff. san., c.-v.; deduz. 12 %; doc. a 3 mesi.

Codigoro (*Ferrara*). — Scad. 15 mag.; 3ª cond.; L. 11.500 oltre L. 3000 assegno complement. rivedibile, L. 920 c.-v. pei coniugati, L. 200 per i celibi, 5 quadrienni dec.; ritenute di legge; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

Dovadola (*Forlì*). — A tutto 10 maggio; 2º reparto; ab. 2500 c.; L. 11.000 e 10 bienni ventes., oltre L. 3000 trasp., c.-v., L. 1000 serv. Ospedale Zauli, L. 800 se uff. san.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 10 apr.

Fiume. *Consorzio Prov. Antitubercolare*. — Medico direttore del consorzio e del dispensario prov., due medici direttori di Sezioni; scad. 31 mag. Rivolgersi segreteria (Palazzo del Governo).

Jacurso (*Catánzaro*). — Scad. 30 apr.; L. 7500; ritenute di legge; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

Mezzani (*Parma*). — Scad. 31 mag.; L. 10.000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 4000 trasp., L. 750 uff. san., c.-v., L. 300 ambulat.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

Moresco (*Ascoli Pic.*). — Scad. 3 mag.; L. 7920 e 5 quadrienni dec., oltre L. 440 indenn. laurea, L. 880 indenn. forese, L. 327,30 arm. farm., L. 440 uff. san., già depurati 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

Nuoro. *Amministrazione Provinciale*. — Assistente della Sezione Medico-Micrografica dei Laboratori Provinciali di Igiene e Profilassi. Stipendio L. 12.000; indennità di servizio attivo L. 2000, soggetti alle riduzioni ed alle ritenute di legge. Termine per la presentazione delle domande e dei documenti ore diciotto del 10 giugno. Per schiarimenti rivolgersi alla Segreteria Provinciale di Nuoro.

Ostrigno (*Trento*). — Scad. 4 mag.; ab. 2812 in 3 frazioni, compresa Ospedaletto (com. di Grigno); L. 8500 e 4 quadrienni dec., oltre L. 3600 cavalc. e via; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

Prato allo Stelvio (*Bolzano*). — Al 30 apr.; L. 7480 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1232 alloggio. L. 748 uff. san., L. 1128 ambulat.; deduz. 12%.

Parolise (*Avellino*). — Scad. 8 mag.; L. 6000 oltre L. 600 se uff. san.; età lim. 50 a.

Perugia. *Amministrazione Provinciale*. — Assistente per la Sezione Chimica del Laboratorio provinciale di igiene e profilassi. Per titoli ed esami. Al posto è annesso lo stipendio annuo lordo di L. 10.000, aumentabili a L. 15.000 per 5 quadrienni di 1/10 e la indennità di attività di servizio di annue L. 2800 lorde. Saranno corrisposte le indennità di caro-viveri come e fin quando ne godranno gli impiegati della Provincia. Tutti gli assegni sono ridotti del 12 %. Scadenza ore 18 del 31 maggio 1932. Per chiarimenti e per avere l'avviso integrale del concorso, rivolgersi alla Segreteria Generale della Provincia.

Plesio (*Cuneo*). — Scad. 30 apr.; L. 9000 oltre L. 500 ambulat.

Pontelongo (*Padova*). — Scad. 30 apr.; L. 8500 e addizionale L. 5 sui 1000 pov., trasp. L. 3000, ambulat. L. 600, se uff. san. L. 300; alloggio su corrispettivo di L. 1200; età lim. 40 a.

Provaglio d'Iseo (*Brescia*). — Scad. 15 giu. lire 9000 e 6 quadrienni dec., oltre L. 3000 automob., L. 600 uff. san., c.-v.; riduz. 12 %; ab. 3182 di cui 300 iscritti.

Rodi Garganico (*Foggia*). — Scad. 30 apr.; lire 7920; età lim. 35 a.

Roma. *Pio Istituto di S. Spirito ed Ospedali Riuniti*. — Scad. 31 mag., ore 16; 3 primari di Istituto Radiologico ed Elettroterapico; età lim. 45 a. all'11 apr.; tassa L. 50 al Tesoriere; esami e titoli; stip. L. 7800 e c.-v.

Roma. *R. Prefettura*. — Fino al 10 luglio è aperto un concorso, per titoli ed esami, a quattro posti di ufficiale sanitario dei Consorzi di Frascati, Marino, Palestrina e del Comune di Gaeta. I concorrenti dovranno far pervenire alla R. Prefettura, nel termine predetto, la domanda corredata da tutti i documenti (nessuno escluso) indicati nel bando di concorso pubblicato nel Foglio Annunzi Legali della Provincia di Roma n. 28 del 6 aprile 1932 e potranno rivolgersi per informazioni e chiarimenti alla Segreteria dell'Ufficio del Medico Provinciale, piazza Foro Traiano 84.

Roma. *Direzione Generale della Sanità Pubblica*. — Concorso a 24 posti di medico provinciale aggiunto di 2ª classe nell'Amministraz. della Sanità Pubbl.; età lim. 35 a.; prove scritte, pratiche ed orali; conoscenza di lingua francese, inglese o tedesca. Chiedere bando. Scad. 90 giorni dal 9 aprile.

S. Angelo a Scala (*Avellino*). — Scad. 15 mag.; L. 5280 già ridotte 12 %; 5 quadrienni dec.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

Zerbo (*Pavia*). — Scad. 45 giorni dal 12 apr.; L. 10.000 e c.-v., decurtati del 12 %; ab. 811; età lim. 40 a.; tassa L. 50; chiedere annunzio.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il magg. gener. medico gr. uff. dott. Vincenzo Perego è stato promosso tenente generale medico, a scelta.

La Commissione per l'assegnamento dei premi biennali della « Fondazione Pagliani », istituita dall'« Associazione Nazionale Fascista per l'Igiene » e presieduta dal prof. Luigi Pagliani, composta dal prof. Canalis per il Ministero dell'Interno, dal prof. Maggiora-Vergano per la Facoltà medica dell'Università di Torino, dal medico provinciale comm. Sacchi, dall'ufficiale sanitario e capo dell'Ufficio di igiene di Torino prof. Cramarossa, ha destinato il primo premio, consistente in tre assegni di lire 5000 ciascuno, al dott. Stefano Balp, docente d'igiene, già medico provinciale di Torino, Bergamo e Novara; al dott. Francesco Abba, docente d'igiene, già ufficiale sanitario di Torino; al dott. Raffaele Vivante, docente d'igiene, ufficiale sanitario di Venezia. Il secondo premio di lire 2000 fu assegnato al dott. Del Bono, già ufficiale sanitario di Novara. Inoltre la Commissione ha concesso due diplomi di medaglia d'oro: l'uno al dott. Alfonso Bormans, libero docente, direttore del Laboratorio batteriologico dell'Ufficio d'igiene di Torino; l'altro al dott. Edoardo Testera, capo divisione dello stesso Ufficio.

Nel 1924 per la prima volta il premio fu conferito a Bartolomeo Gosio, direttore del Laboratorio batteriologico della Direzione di Sanità.

La seconda volta il premio fu deliberato al prof. Giuseppe Sangiorgi, attualmente professore d'igiene all'Università di Bari.

NOTIZIE DIVERSE.

La lotta contro la tubercolosi in Italia giudicata all'Estero.

In una relazione al Dipartimento della Sanità Pubblica del Brasile, redatta dal dott. A. Fontes (cui si deve la scoperta del virus filtrabile della tubercolosi), in collaborazione del dott. I. Placido, è contenuto il seguente apprezzamento:

« Quell'uomo di genio che è Mussolini adottò in Italia, nella sua politica di previdenza, nel campo delle assicurazioni contro le malattie, un piano alquanto diverso da quello di altri Paesi, istituendo per primo un'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi, quale preparazione ed avviamento all'assicurazione generale contro le malattie e allo scopo di concentrare gli sforzi su questo fenomeno morboso che, nei riguardi dell'interesse pubblico, domina su tutti gli altri per la natura, per la preoccupante diffusione che ha raggiunto, per la indiscutibile gravità e per la necessità di un'organizzazione particolare, intesa a ridurre in proporzioni meno allarmanti il triste dominio di sofferenze che tale flagello sparge in seno alle famiglie, diminuendo l'efficienza della razza ed accumulando ingentissimi danni materiali e morali per la Nazione.

« Tale è anche la nostra situazione. E poichè a noi pare che non si debba inventare nulla di nuovo dal momento che esistono già modelli basati sull'esperienza anteriore, è il modello di politica di previdenza italiano quello a cui dobbiamo avvicinarci ».

La Casa del Medico a Roma.

Il 15 aprile furono inaugurati a Roma la nuova sede del Sindacato Nazionale dei Medici e la Casa del Medico.

Alla inaugurazione sono intervenuti l'on. Bottai, Ministro delle Corporazioni, l'on. Starace, Segretario del Partito, l'on. Teruzzi, Capo di S. M. della Milizia, l'on. Di Marzo, Sottosegretario all'Educazione Nazionale, l'on. Bodrero, Presidente della Confederazione Nazionale professionisti ed artisti, il Prefetto di Roma, l'Accademico d'Italia De Blasi, i senatori Simonetta, Pestalozza, Bastianelli; gli onorevoli Perna, Castellino, Serono, il Segretario federale dell'Urbe, il generale medico Riva, direttore generale della Sanità militare, il gen. medico della Marina Falso, il gen. medico della Milizia De Plato, il prof. Ilvento, in rappresentanza della Direzione generale della Sanità Pubblica, il prof. Pecori, direttore dell'Ufficio d'Igiene del Governatorato, il prof. F. Bocchetti, in rappresentanza della F. I. N. F. per la lotta contro la tubercolosi, tutti i direttori delle cliniche della R. Università di Roma, i direttori e i primari degli Ospedali riuniti, molti ufficiali dell'esercito e una densa folla di altri medici.

La sede ampia e luminosa è stata mostrata agli ospiti dal Segretario del Sindacato on. prof. Morelli che ha illustrato le funzioni di questa sede sindacale, che tende sopratutto ad armonizzare la classe medica nell'ambito delle finalità del Regime. Tutti hanno ammirato il decoro della sede e specialmente i locali della biblioteca, della sala delle riviste, della rivista « Le forze sanitarie », del Sindacato provinciale e dell'Ordine dei medici.

La nuova sede è aperta a tutti i medici d'Italia e può considerarsi come una loro seconda casa.

Sezione laziale della Federazione contro la tubercolosi.

Il 12 marzo venne costituita a Roma la Sezione laziale della Federazione Nazionale Fascista per la Lotta contro la Tubercolosi. La seduta ebbe luogo nel teatro dell'Istituto Benito Mussolini a Porta Furba. Il Consiglio direttivo venne così formato: presidente on. prof. Eugenio Morelli; vice-presidente prof. Guido Mendes; delegato regionale prof. Attilio Omodei-Zorini; fiduciari provinciali: prof. Carlo Benedetti (Roma), dott. Vittorio Lamma (Frosinone), dott. Renato Merlani (Viterbo), dott. Nicola De Maria (Rieti). Il prof. Cesare Frugoni venne proclamato presidente onorario.

Seguì la benedizione del gagliardetto, dono gentile della sig.ra Pinetta Morelli. Pronunziarono poi elevate parole la sig.ra Morelli e il prof. Mendes.

Accademia Lancisiana di Roma.

L'Accademia Lancisiana di Roma ha tenuto una seduta amministrativa con l'intervento di numerosi accademici e soci.

Il presidente, on. prof. Ermanno Fioretti, parlò del lavoro compiuto durante il biennio 1930-1931, mettendo in evidenza lo sviluppo crescente dell'Accademia, che tende ad agevolare la continuazione dello studio e delle osservazioni ai giovani medici, e ad attivare un'intima collaborazione fra questi e i loro Maestri. Affermò che l'Accademia aumenterà sempre più i mezzi di studio con libri e giornali scientifici.

Il segretario, prof. Alfredo D'Avack, riassunse il lavoro scientifico compiuto e comunicò le risultanze amministrative dell'Accademia, la di cui gestione biennale, chiusa il 1° novembre 1931-X, con un notevole avanzo di cassa, ha consentito una decorosa sistemazione e addobbo dei nuovi locali.

Tanto il presidente, quanto il segretario ebbero parole di viva riconoscenza per il presidente degli Ospedali Riuniti di Roma, gr. uff. Cotta, che ha sempre dimostrato il massimo interessamento per l'istituzione.

L'opera del Direttorio, sintetizzata nelle due relazioni del presidente e del segretario, fu molto applaudita; e l'accademico prof. Baglioni, cui si associò anche l'accademico prof. Bastianelli Raffaele, interpretando gli unanimi applausi come manifestazione certa del pensiero dell'assemblea, propose, e questa all'unanimità approvò, la riconferma in carica del Direttorio, sotto la presidenza dell'on. prof. Ermanno Fioretti.

Associazione Medica Britannica.

Terrà il congresso annuale durante la terza decade di luglio. Il 21 si terrà un convegno di rappresentanti, per commemorare il centenario di fondazione del sodalizio. Il 24 si svolgerà un pellegrinaggio a Worcester, ove sarà scoperto un monumento al fondatore, Charles Hastings. Il 26 avrà luogo la conferenza inaugurale del nuovo presidente, Lord Dawson of Penn, che succede al dott. W. G. Willonghby. I lavori scientifici prenderanno i giorni 27-29. Il 28 si terrà un banchetto commemorativo del centenario.

"Le voci latine,,

Il prof. Léon Bernard ha annunziato una conferenza, presso l'« Unione Medica Latina », sul tema: « Ciò che la medicina deve all'Italia ».

Questa conferenza fa parte di un ciclo destinato ad illustrare i contributi recati alla medicina dalle varie Nazioni latine. Così il prof. Forgue ha già tenuto una interessante conferenza su « La medicina spagnola: sua storia e sua evoluzione »; il prof. Bordet parlerà sul Belgio; il prof. Lépine sull'Uruguay; il dott. Daniel sulla Romania; il prof. Em. Sergent sul Canadà; il prof. Roule sulla biologia dei mari latini.

Nella stampa medica.

Ha iniziato le pubblicazioni la « Rivista Italiana di Psicoanalisi », diretta dal prof. E. Weiss, edita da A. Stock (piazza Cavour 19, Roma); è organo della Società Psicoanalitica Italiana; l'abbonamento annuo importa L. 30. Augurî.

Corsi complementari e di perfezionamento a Padova.

Presso l'Istituto d'Igiene della R. Università di Padova, diretto dal prof. Oddo Casagrandi, si terranno i seguenti corsi per medici: 1° di preparazione alla carriera di medico di bordo, dal 1° maggio al 30 giugno (la seconda parte del corso si svolgerà a Venezia), tasse L. 566,30; 2° complementare d'igiene pratica per aspiranti ufficiali sanitari, dal 15 maggio al 14 luglio, tassa L. 500,50; 3° un breve corso di cultura in malariologia, dall'1 al 30 giugno (integrato dall'opera dell'Istituto autonomo per la lotta contro la malaria nelle tre Venezie). Rivolgersi alla segreteria universitaria.

Corsi accelerati per medici condotti a Roma.

L'annunziato corso di puericoltura si svolgerà dal 2 al 31 maggio, sotto la direzione del prof. F. Valagussa. Il corso di tisiologia è in via di svolgimento. Il corso di malariologia e le conferenze sul cancro, dato l'esiguo numero degli iscritti, non avranno più luogo.

Una conferenza scientifica.

Il dott. Maurizio Tusseau, presidente dell'Associazione internazionale per le ricerche sperimentali di chirurgia, ha tenuto nel Policlinico Umberto I di Roma una conferenza sulle applicazioni del « novozono », gas che rappresenta un nuovo stato allotropico dell'ossigeno; ne ha fatto valere l'efficacia curativa e ne ha dato la dimostrazione, su alcuni pazienti.

Propaganda antitubercolare in Italia.

La mobilitazione civile contro la tubercolosi è stata avviata nei più importanti centri urbani da alte personalità. Ne daremo ulteriori notizie; ma non possiamo esimerci dal segnalare la magnifica conferenza tenuta dall'on. prof. Eugenio Morelli a Milano; quella tenuta dal sen. prof. Giovanni Pascale a Napoli; ecc.

Il prof. Oddo Casagrandi ha iniziato a Padova una serie di conferenze di propaganda antitubercolare.

Il prof. Rocco Jemma ha tenuto a Napoli una conferenza di propaganda antitubercolare agli insegnanti delle scuole elementari.

I medici italiani per il riso.

La campagna per la valorizzazione del riso, diretta ad attivarne il consumo, ha avuto vari campioni nella classe medica; segnaliamo i proff. L. Devoto e F. Micheli, il dott. G. Perilli (abbiamo dato notizia di una sua conferenza), il dott. R. Camelli ed altri.

Informazioni possono attingersi presso l'« Ente Nazionale Risi », via dei Bossi 3, Milano (101).

Per il disarmo chimico e batteriologico.

Il piano del Governo italiano per il disarmo, nel testo del memoriale presentato alla Società delle Nazioni, contempla ampiamente le armi chimiche e batteriologiche, con lo scopo di eliminarle in modo totalitario.

Per la denuncia delle deformità e delle lesioni invalidanti.

Il Capo del Governo ha presentato al Senato un disegno di legge per l'obbligo della denunzia delle nascite di infanti deformi, nonchè dei casi di lesioni che abbiano prodotto inabilità al lavoro, di carattere permanente.

In base a tale progetto è fatto obbligo agli esercenti la professione di medico-chirurgo e alle levatrici, che abbiano prestato assistenza durante il parto, di denunciare al Podestà ed all'Ufficiale sanitario la nascita di ogni infante deforme.

I medici chirurgi, inoltre, hanno l'obbligo di denunciare alle autorità indicate i casi di lesioni, da essi osservati, da cui sia derivata o possa derivare una inabilità al lavoro, anche parziale, di carattere permanente. I contravventori sono puniti con l'ammenda da L. 100 a L. 500.

Negli Ospedali di Roma.

Il gr. uff. dott. Adolfo Cotta, presidente dell'Amministrazione del Pio Istituto di S. Spirito e Ospedali Riuniti di Roma, ha rassegnato le dimissioni dall'alta carica per motivi di salute.

Egli ha fatto notevolmente progredire i servizi di assistenza sanitaria nella città, la quale deve a lui il grandioso ospedale del Littorio nonchè i nuovi reparti dell'Ospedale di S. Spirito. Per le sue qualità, egli si è acquistata una larga estimazione nell'ambiente ospedaliero e nell'intera famiglia sanitaria cittadina. A lui va un memore ed augurale saluto.

In sua vece, è stato nominato il gr. uff. dott. Giuseppe Spano, prefetto del Regno.

Elargizioni e legati.

Nel trigesimo dalla morte del suo compianto consorte sen. Ettore Bocconi, donna Javotte Bocconi Manca di Villahermosa ha destinato, a ricordo di lui, cinque milioni di lire, di cui uno per costituire due borse di studio intitolate al nome di Ettore Bocconi le quali, a cura della Reale Accademia dei Lincei, saranno attribuite, l'una ad italiani, l'altra ad italiani o stranieri, per ricerche scientifiche di carattere medico.

Il bilancio dei servizi sanitari nel Giappone.

Nel Giappone sono stati ridotti, pel 1932, i bilanci di tutti i Ministeri. Si è fatta eccezione solo per i servizi della sanità pubblica, considerati d'importanza fondamentale per la Nazione e quindi irriducibili. Anzi, sono state fatte generose assegnazioni per alcune attività ed istituzioni; ad esempio, si sono stanziati 170.000 yen per ingrandire due lebrosari; 5000 yen per il Congresso internazionale d'igiene; 10.000 yen per campagne antiparassitarie; ecc.

Istituto radiologico a St. Louis.

È quasi ultimato il nuovo istituto radiologico della Scuola medica dell'Università Washington a St. Louis; l'edifizio comprende 8 piani ed è costato 1.220.000 dollari, legati, allo scopo, dal sig. Edward Mallinkroft, col concorso del figlio, che ha lo stesso nome. All'arredamento hanno contribuito vari enti e filantropi, in particolare la Fondazione Rockefeller, che ha elargito 750.000 dollari.

Colonia di malati di mente nel Belgio.

Questa colonia, sorta nel villaggio di Lierneux, che è lontano da ogni centro abitato di qualche importanza, conta ora 567 malati, di cui 267 allogati in famiglie private e 300 in un asilo. Il funzionamento ne è ottimo, come ha riferito alla « Société de médecine mentale de Belgique », il dott. Massaut, in occasione di un recente congresso.

Chiusura di un sanatorio negli Stati Uniti.

É stato chiuso, a Denver, lo « Agnes Memorial Sanatorium », istituito nel 1902 dal filantropo sen. Laurence L. Phipps, in memoria della madre Agnese, allo scopo di ricoverare e curare i tubercolotici polmonari di classi medie.

Il sanatorio era capace di 150 posti; ma all'atto della chiusura i ricoverati erano ridotti a 45 (in seguito alla istituzione di altri sanatori congeneri). Il personale addetto comprendeva da 50 a 60 persone, di modo che superava il numero dei ricoverati!

Il sanatorio era costato circa 14 milioni di lire it. e risultava di 12 padiglioni. Non si ha intenzione di abbandonarlo, ma di destinarlo ad altri scopi che permettano di utilizzarlo meglio.

Fallimento di una mutua malattie in Spagna.

Il Ministero del lavoro della Spagna ha dichiarato in liquidazione forzosa « La Esperanza », società di assicurazione contro le malattie, con sede a Madrid (plaza del Progreso 16) e, di conseguenza, lo scioglimento di essa; ha ordinato che, per l'intervento dello Stato, si proceda all'immediato sequestro di tutti i documenti dell'Ente ed all'attuazione delle norme procedurali stimate idonee ad espletare la liquidazione.

Incendio di un ospedale.

È stato completamente distrutto dal fuoco, a Union (Carolina meridionale), un ospedale per i negri, il « Majority Hospital ». Si è subito provveduto alla raccolta di fondi per la ricostruzione, auspice un giornale locale.

Onoranze al prof. Aráoz Alfaro.

La Società di pediatria dell'Uruguay, ad iniziativa del suo fondatore e socio onorario prof. Luis Morquio, ha tenuto una seduta solenne per rendere omaggio al pediatra argentino prof. Gregorio Aráoz Alfaro, in occasione del ritiro dall'insegnamento per limiti d'età. Pronunziò un'allocuzione il dott. Julio A. Brauzá, presidente della Società; poi il prof. Morquio illustrò le benemerenze del suo illustre collega. Il prof. Aráoz Alfaro, dopo aver ringraziato, tenne una conferenza sul tema « La tubercolosi infantile ».

Il prof. Friedrich Moritz.

Ha celebrato il suo 70° compleanno. Egli ha insegnato a lungo medicina interna all'Università di Colonia dopo essere passato per Monaco, Greifswald, Giessen e Strasburgo. Ha ideato l'ortodiagrafia, che abolisce gli errori prospettici nella radiologia e che è stata il punto di partenza di molte ricerche sulla diagnosi delle cardiopatie. Con Tabora ha posto in piena evidenza l'importanza della determinazione della pressione venosa. Ha compiuto pregevoli studi sulla fisiologia degli esercizi fisici.

Destò interesse una sua campagna contro gli eccessi della specializzazione medica.

Viaggio di studi medici.

È stato organizzato un viaggio per medici italiani a Parigi e Londra, dal 5 al 13 maggio. I medici saranno guidati da un collega degli Ospedali di Roma, visiteranno l'Istituto del Radio, l'Istituto del Cancro e l'Istituto Pasteur a Parigi, l'Istituto Ross (malattie tropicali), l'Istituto del Cancro e l'Ospedale S. Thomas a Londra, oltre a compiere una visita turistica delle due metropoli. Il prezzo di tale viaggio è di L. 1350 comprensivo di alberghi, escursioni, ecc.

Per programmi e prenotazioni indirizzarsi all'« Ameritalia S. A. I. », Roma, Largo Tritone 161, come pure agli uffici della stessa Società in Milano, Genova, Venezia, Firenze e Napoli. Le iscrizioni si chiudono il 28 aprile.

Sciopero di medici.

Nell'ospedale israelita di Budapest 70 medici assistenti e giovani interni addetti agli ambulatori hanno dichiarato lo sciopero, perchè l'amministrazione ospedaliera ricusava di accogliere la loro richiesta di onorario. L'amministrazione ha dichiarato di riconoscere legittima la richiesta ma di trovarsi nell'assoluta impossibilità di accordare qualsiasi onorario, anche modesto, data la situazione odierna dell'ospedale; d'altronde, nel bando di concorso era nettamente precisato che il servizio sarebbe stato gratuito.

Gli ambulatori hanno, dunque, quasi cessato di funzionare.

Intossicazione letale da acqua radioattiva.

Un grande industriale americano, Eben M. Byers, è morto vittima di un'acqua minerale artificiale resa radioattiva, della quale prendeva due bottiglie al giorno da un paio d'anni. Quest'acqua, che il fabbricante proclamava una panacea, secondo una perizia contiene tracce apprezzabili di radium. La natura dell'intossicazione venne riconosciuta dal dott. Steiner, il quale aveva già avuto in esame gli operai di una fabbrica di orologi a quadrante radifero. Erano presenti lesioni gravi delle ossa, delle gengive, ecc. Non si è potuto più fermare il decorso della malattia. È stata aperta un'inchiesta giudiziaria per accertare le responsabilità.

Pubblicazioni falsificate.

Il prof. Marañón, della Facoltà medica di Madrid, ha presentato denunzia all'autorità giudiziaria contro un'agenzia libraria che mette in vendita dei libri di cui egli figura l'autore, mentre non lo è. Recano i titoli: « L'educazione sessuale », « Libertà sessuale della donna », « Iniziazione alla vita sessuale (igiene segreta del matrimonio) » ecc.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Semana Méd., 14 gen. — J. C. MONTANARO. Morbo di Oppenheim. — R. RODRÍGUEZ VILLEGAS. La chirurgia del diabetico.

Wien. Klin. Woch., 5 feb. — WEIBEL. La ginecologia e le conoscenze ausiliarie. — STRAUSKY. La psichiatria nella pratica generale.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 24 gen. — G. STRADIOTTI. Semiotica della sinfisi pericardica.

Anales Fac. de Med., Montevideo. — D. PRAT. Occlusione e ostruzione intestinali. — J. NIX Y SILVA e al. Febbre ondulante d'orig. bovina nell'Uruguay. — E. BOZZOLO. La microglia.

Lancet, 30 gen. — J. J. M. SHAW. Eziologia del carcinoma. — C. C. UNGLEY. Alimentazione con cervello nella degeneraz. del midollo spin.

Ann. Ital. di Chir., 31 gen. — R. ALESSANDRI. Emostasi e piombaggio in chirurgia cerebrale. — D. TADDEI. Sindrome pseudo-colecistica in donne con affezioni dei genitali.

Revue de Chir., dic. — C. CLAVELIN e J. NAULLEAU. Artriti infettive subacute dell'anca nell'adulto. — J. BARANGER. Il bistori elettrico.

Rev. Españ. de Med. y Chir., gen. — F. GONZALEZ DELEITO. Caratterologia degli epilettici. — J. M. DE BARCENA VERDU. Il pane dal punto di vista medico.

Journ. A. M. A., 16 gen. — R. C. REED e al. Carbarsone. — O. B. NUGENT. Le ulcere corneali.

Deut. Med. Woch., 29 gen. — RÖSSLE. Influenza reciproca delle malattie. — RAU. Trattam. del diabete infant.

Brit. Med. Journ., 30 gen. — H. WADE. Significato dell'ematuria. — R. R. ARMSTRONG. Accertamento immediato dei tipi di pneumococchi.

Bordeaux Chirurg., gen. — E. MONIZ e al. Epilessia jacksoniana nei tumori del lobo front. — A. CHAUVENET. Eviscerazioni post-operatorie.

Ann. de Méd., gen. — Numero di neurologia.

Gaz. d. Osp. e d. Clin., 31 gen. — R. PAOLUCCI. Diagn. precoce del cancro dello stom.

Minerva Med., 4 feb. — F. GALDI. Genesi ed evoluz. dell'orientam. clinico moderno.

Journ. d. Prat., 6 feb. — F. TERRIEN. Irite e diabete.

Paris Méd., 6 feb. — Numero di radiologia.

Riv. San. Sicil., 16 gen. — L. ANTOGNETTI. Il rene nella regolaz. dell'equilibrio chimico del sangue.

Sang, 2. — W. BENSIS e A. GOUTTAS. Anemia gravidica grave guarita col met. di Whipple. — J. V. GROTT. Diagnosi di diabete. — L. LENZI e MONGELLI. Stato asfittico.

Mediz. Welt, 6 feb. — H. GERBIS. Pericoli di avvelenam. nella vita quotidiana. — H. SCLECHT e P. HESS. Trattam. interno delle ipertireosi.

Med. Klinik, 5 feb. — W. HENCK e J. VONKENNEL. Auroterapia della lue.

Rev. de Cir. de Barcel., nov. — E. LLUESMA URANGA. La costituz. neurovegetativa nel pronostico chirurgico. — J. ERNETA RASPALL. L'ossificaz. traumatica interna del femore o affezione di Pellegrini.

Riv. di Patol. nerv. e ment., nov.-dic. — Alterazione del tenue e del fegato nelle sindromi amenziali. — A. VAN BRAUNMÜHL. Morfogenesi delle placche senili. — C. UGURGIERI. Meningite tbc. subacuta e cronica dell'adulto.

Riv. di Pat. e Cl. d. Tuberc., 31 gen. — A. OMODEI ZORINI. Infiltrati tbc. precoci. — M. MORELLI. Tbc. del pancreas.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XXXIX Roma, 2 Maggio 1932 - X Num. 18

"IL POLICLINICO,"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI.

Istituto di Clinica Chirurgica Gener. della R. Univer. di Palermo diretto dal Prof. N. LEOTTA.

L'importanza della costituzione nelle Sindromi associate dell'addome destro.

Dott. C. ROSSI, aiuto.

L'interesse che ha destato lo studio della costituzione nella etiologia e patogenesi dell'ulcera gastrica e duodenale, dell'appendicite e della colecistite, non è stato altrettanto seguito per le Sindromi associate dell'addome destro.

I pochi autori che se ne sono occupati si sono limitati ad enunciarne l'importanza sotto forma di ipotesi e di supposizioni, senza affermarne francamente il valore. Tra questi sono da citare fra i primi Solieri e Rössle, che se ne sono occupati entrambi nel 1912, e mentre Solieri, a proposito della sua sintonia patologica dello addome destro, che egli concepisce su base nervosa, ha da quel tempo accennato assai vagamente, in varie pubblicazioni, alla vagotonia di origine appendicolare, Rössle, sostenendo l'origine dell'ulcera gastrica da un altro processo patologico addominale (dall'appendicite nel 45 %), per riflessi nervosi, accenna, senza darne alcuna dimostrazione, al fattore costituzionale della vagotonia comune alle due malattie.

Hinrichsen, dopo avere accennato, in un lavoro clinico e statistico recente, alla possibile associazione patologica delle tre principali affezioni dell'addome destro (ulcera, appendicite, colecistite), si pone il quesito se esista una particolare disposizione di individui o tipi verso tale complesso patologico, quesito che non risolve, rilevando solo che la ricerca anamnestica nei casi da lui osservati non ha dato a tale argomento valido appoggio.

Westphal, Kristeller e Meyer credono all'ipotesi costituzionale di Rössle per ciò che riguarda l'appendicite e l'ulcera, non ritengono invece che essa possa invocarsi per la triade patologica.

Ma tutti questi Autori hanno giudicato e classificato i vari tipi costituzionali solo in base alla sintomatologia clinica, per ciò che

riguarda la costituzione neuro-vegetativa, e ad un esame sommario esterno, per quello che riguarda la costituzione morfologica.

Ora noi sappiamo che, per quanto su basi ancora un po' oscillanti, lo studio costituzionale ha la sua metodologia, vanto della scuola costituzionalistica italiana, dalla quale non è possibile più derogare se si vuole eseguire un'indagine costituzionale di un relativo valore. Per ciò che riguarda il tipo morfologico, essa è fissata in modo preciso nelle opere di Viola, Pende, Fici, Barbara, ecc. Per ciò che riguarda la costituzione neuro-vegetativa, oltre che all'indagine clinico-anamnestica, è alle prove farmacologiche, allo studio del riflesso oculo-cardiaco e del dermografismo, che bisogna ricorrere, come ai metodi che meglio possono darci una certa idea dello stato del tono del sistema nervoso vegetativo, considerato in senso lato e senza polarizzarsi alle idee, ormai sorpassate, di Heppinger ed Hesse.

In base a tali considerazioni, già fin dal 1930, ho intrapreso lo studio costituzionale di numerosi casi (oltre 150) di sindromi associate dell'addome destro, applicando per primo i metodi di indagine sopradetti.

Dalle mie lunghe e pazienti ricerche, sono emerse delle conclusioni abbastanza precise, che il mio maestro, Prof. Leotta, accolse nella sua Relazione sulle *Sindromi associate dell'addome destro*, distribuita ai soci della Soc. di Chir., nell'ottobre 1931 e che nello stesso Congresso io poi riassunsi (Bari, ottobre 1931).

È risultato: 1) che le Sindromi associate dell'addome destro prediligono, nei due sessi, le individuabilità longitipe, di grado lieve e discreto, con spiccati caratteri di impurità morfologica (caratteri di brachitipia) dell'addome;

2) che la costituzione neuro-vegetativa è differente nelle varie forme nelle quali si possono, per comodità, suddividere queste complesse Sindromi addominali destre:

a) è prevalentemente vagotonica (75-80 %) nelle forme che si associano all'ulcera gastrica e duodenale;

b) è prevalentemente vagotonica nelle forme che si associano a colecistite, calcolosa o no, ma con minore prevalenza che nelle forme con ulcera (50 % vagotonici, 37,5 % simpaticotonici, 12,5 % normotonici);

c) è quasi in pari percentuale fra simpaticotonici e vagotonici con una certa prevalenza per i primi (60 %), nelle forme semplici, cioè in quelle che non si associano all'ulcera o alla colecistite.

Queste mie conclusioni sono quindi diverse dalle affermazioni del Solieri che cioè gli individui affetti da Sindromi associate dell'addome destro sarebbero in massima parte « longilinei vagolabili ipertonici (vagotonici) », e quindi non mi sembra esatto quanto il Solieri ha affermato recentemente (Solieri: *Costituzione, vagotonismo e sintonia patologica dell'add. destro*. Policl., Sez. Med., 1932, n. 11) che i suoi dati abbiano avuto conferma dalle mie sistematiche ricerche.

Quale contributo poi questi fatti da me obiettivamente constatati possano portare alla migliore conoscenza della etiologia e patogenesi delle Sindromi associate dell'addome destro, non è facile dire per il momento; e più particolarmente non è possibile precisare se la prevalenza di un dato tipo morfologico e sopra tutto la prevalenza di uno dei segmenti del S. N. vegetativo abbiano l'importanza di un fattore patogenetico o se invece siano conseguenza delle lesioni anatomiche.

La questione si chiarirà quando si avranno più numerose ricerche sull'argomento e quando il concetto di costituzione vagotonica sarà chiaramente distinto e delineato dai quadri sintomatologici che ad esso si sovrappongono e con esso si confondono e che in realtà sono sostenuti da manifeste lesioni anatomo-patologiche. Tale confusione può commettersi quando non ci si attiene ai moderni concetti che si hanno sulla costituzione, la quale non si identifica mai con la malattia e prescinde da tutto ciò che nell'individuo riveste carattere patologico, basandosi solo su quegli elementi che sicuramente preesistono al processo patologico.

È evidente però che, a testimonianza della importanza che la costituzione ha come fattore patogenetico nel determinismo delle Sindromi addominali associate dell'addome destro, si possono portare i dati ricavati dallo studio della costituzione morfologica individuale, la quale rappresenta sicuramente qualche cosa di fatale (« fato somatico individuale ») e di presistente alla malattia, e che io ho avuto modo di rilevare nello studio clinico di questi ammalati, come sopra ho riferito.

La esatta conoscenza dei fattori costituzionali può avere larga ripercussione sulla clinica di queste Sindromi associate dell'addome destro, se si considerano le medesime, seguendo la ben nota concezione di Leotta largamente documentata con ricerche cliniche, anatomo-patologiche e batteriologiche, come un processo infettivo peritoneale cronico d'o-

rigine quasi sempre appendicolare, diffuso per varie vie, specialmente linfatica e sanguigna (mai però attraverso le membrane o aderenze come gli attribuisce il Solieri).

Su tale processo flogistico si comprende agevolmente come la costituzione individuale possa incidere i suoi caratteri, determinando una diversa reazione degli organi addominali al processo infiammatorio appendicolare, per i molteplici rapporti che intercorrono fra costituzione e infiammazione, immunità, rigenerazione connettivale: tutti processi intimamente collegati fra loro e capaci di determinare una particolare evoluzione clinica di quella che Leotta ha chiamato Sindrome addominale destra, ciò che in pratica si traduce nella predilezione di alcune varietà di Sindromi associate per certi tipi costituzionali.

Ricordo al proposito l'esempio di due cugini consanguinei, ambedue sofferenti di sindrome addominale destra, con lesioni grossolane di appendicite, somaticamente ambedue longilinei, dei quali uno, nettamente simpatico-tonico, aveva una sindrome addominale destra semplice, l'altro, nettamente vagotonico, aveva una Sindrome addominale destra con ulcera duodenale.

Tale concetto, che io chiaramente espressi al Congresso di Bari, sembra che venga oggi accettato anche da Solieri, il quale fin qui aveva sempre ammesso dei rapporti esclusivamente nervosi, fra i vari organi affetti nelle sindromi associate dell'addome destro, mentre nella pubblicazione su citata, pur non entrando nella questione etiologica, ammette che agenti infettivi che partano dall'appendice flogosata, possano trovare nella predisposizione fisio-patologica, il terreno preparato per la genesi delle malattie consociate.

RIASSUNTO.

L'A. ha eseguito uno studio su la costituzione morfologica e neuro-vegetativa di circa 150 casi affetti da Sindromi associate dell'addome destro, seguendo, per lo studio morfologico, i metodi della Scuola costituzionalistica italiana, per lo studio del S. N. vegetativo, le comuni prove.

Ha trovato che le Sindromi associate dell'addome destro prediligono i longilinei; le Sindromi addominali destre con ulcera i vagotonici (80 %); quelle con colecistite i vagotonici (50 % contro 37,5 % di simpaticotonici e 12,5 % di normotonici); quelle semplici (cioè senza ulcera o colecistite) con pari percentuale i vagotonici e simpaticotonici.

BIBLIOGRAFIA.

SOLIERI. *Ueber den epigastrichen Schmerz bei Appendicitis.* Mitteilungen aus den Grenz. der Med. und Chir., vol. 25, 1912.

ID. *Sintonia patologica dell'addome destro.* Policlinico, Sez. Pratica, 1925, n. 52.

ID. *Ancora sulla sintonia patologica dell'addome destro.* Ibid., 1930.

ID. *Pathologische Syntonie des rechten Abdomens.* Mitt. a. d. Grenz. d. Med., vol. 40, n. 3.

RÖSSLE. *Beitrag zur Kenntnis der Pathologie des motorischen Apparates der Wurmfortzatzes.* Ibid., 42, n. 2.

ID. *Das runde Geschwür des Magens und des Zwölffingerdarmes als « Zweite Krankheit ».* Ibid., vol. 25. fasc. 4.

HINRICHSEN. *Klinische Beobachtungen über die Zusammenhänge zwischen Appendicitis, Cholezistis und Ulcus.* Brun's Beiträge zur Klin. Chir., vol. 140.

WESTPHAL. *Bewegungsmekanismus Resorption und Pathologie des Wurmfortsatzes.* Mitt. a. d. Grenz. d. Med. u. Chir., vol. 42, f. 1.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE DI S. SPIRITO IN SASSIA - ROMA.
SALA S. CARLO BACCI
Medico primario e prosettore: Prof. A. NAZARI.

Intorno a un caso di ectasia aneurismatica dell'arteria polmonale

per il dott. ADRIANO ASCARELLI, assistente.

I casi finora pubblicati di aneurisma della polmonale sono poco frequenti: rarissimi quelli di cui fu possibile fare la diagnosi in vita. I dati statistici su questa alterazione sono abbastanza varii. Il Crisp su circa 551 pezzi anatomici (1840) ne cita solo due; si basa però su una raccolta di preparati conservati, e certo non può avere avuto una visione esatta della frequenza di questa forma.

In un quadro statistico di Emmerich sul materiale dello Istituto di Patologia di Monaco durante un periodo di 18 anni e su 8669 sezioni si trovarono 58 aneurismi e nessuno della polmonale. Bosdorf dell'Istituto di Patologia di Kiel durante 16 anni su 3108 casi e 93 aneurismi ne vide uno solo della polmonale. Il Müller sulle sezioni eseguite nell'Istituto di Jennens dal 1865 al 1900 su 205 aneurismi ne trovò 22 della polmonale. Su questo numero piuttosto rilevante bisogna notare che 20 di questi si riscontrarono in individui con tbc. polmonale ulcerosa e perciò rientrano nel gruppo degli aneurismi da arrosione di cui si parlerà in seguito. Solo un caso appartiene alla categoria che a noi interessa: un aneurisma della grandezza di una noce del ramo

inferiore della polmonale destra e contenente trombi. Si ritorna così alla percentuale del 0,41 % di aneurismi.

Sull'etiologia e sulla patogenesi di questa forma gli autori non sono concordi. Non si conosce la ragione per cui così raramente si formino aneurismi nella polmonale. Poichè le pareti dei vasi sono proporzionate alla pressione che sopportano, la grande frequenza di aneurismi nell'aorta si può spiegare con il fatto che in essa la pressione è molto elevata, e per il suo decorso inizialmente curvo la colonna liquida sanguigna urta direttamente contro la parete. La polmonale invece ordinariamente è risparmiata per la pressione bassa del sangue che contiene e per il suo decorso quasi rettilineo.

Henschen in una monografia pubblicata nel 1906, in cui ha raccolto 40 casi di aneurismi della polmonale, trova questa alterazione in 18 uomini ed in 16 donne ed in sei casi non parla del sesso. Tenendo conto dell'età i casi si possono ripartire così: il 18 % si riscontra prima di 20 anni (ed è composto quasi tutto di donne), il 39 % prima dei 30, gli uomini danno il maggior contributo dopo il quarantesimo anno. Secondo questi dati si possono formare due gruppi degli aneurismi della polmonale. Il primo si presenta in età giovanile e nella donna, il secondo in età più adulta e negli uomini. In una gran parte dei casi del primo gruppo si ha una genesi chiara poichè coesiste una persistenza del dotto di Botallo. Data la differenza di pressione fra aorta e polmonale il sangue passa dalla aorta attraverso il dotto nella polmonale la cui parete non è in grado di sopportare tale pressione notevolmente più elevata e si forma perciò l'aneurisma. Questa teoria è stata enunciata prima da Buchwald e poi da Kryszkowsky. In sette casi di Henschen si trova il dotto di Botallo aperto; di questi sei erano sotto i 24 anni e 4 donne. In tre di questi casi si trovarono alterazioni ateromatose ed ispessimenti dell'intima.

Come avviene la formazione dell'aneurisma? Il Ploegert spiega il processo in questo modo: per la pressione esercitata sulla parete della polmonale dall'urto della colonna liquida proveniente dal dotto si hanno in questa difetti di nutrizione; la corrente umorale che nutre la intima e la media viene ad essere ostacolata dalla pressione esterna, si ha perciò un disturbo di nutrizione continuo che porta a degenerazione della parete vasale che tende alla sclerosi. Se non si produce l'aneurisma tutte le volte che il dotto di Botallo è pervio ciò è dovuto all'ampiezza del lume del dotto stesso. In molti casi oltre a questa anomalia si trovano anche altre alterazioni del sistema vasale come stenosi dell'aorta, valvole polmonali mancanti o in soprannumero.

Si può ritenere che questo gruppo di aneurismi della polmonale abbia come base alterazioni congenite del sistema vasale.

Il secondo gruppo è dato da uomini di età media e nei quali la causa della alterazione è da attribuire all'infezione luetica. 5 casi del genere sono citati da Wagner e da Quiatkowsky, ed i preparati istologici della parete dello aneurisma confermarono la diagnosi: Henschen ne spiega la ragione in questo modo: l'infezione prende i più piccoli rami della polmonale e produce in essi come nella parete del tronco alterazioni ateromatose (?). Per l'ateromasia dei piccoli vasi si ha aumento della pressione nella polmonale, per l'alterazione della parete del tronco si ha l'aneurisma. Al quesito perchè l'alterazione luetica non si localizzi come al solito nell'aorta si risponde: il processo si localizza di solito nell'aorta perchè qui si trova la pressione più elevata e la parete è esposta ad un trauma più forte; nei casi citati esisteva una stenosi dei rami della polmonale che portava ad un aumento della pressione intraarteriosa: da ciò la localizzazione dell'aneurisma. Il movente più importante sarebbe la stenosi nel circolo della polmonale specie nei rami più piccoli.

Vi sono anche dei casi di sclerosi primitiva della polmonale citati da Moncheberg e da Aust e Romberg. Secondo il Ploegert anche in casi di semplice sclerosi secondaria della polmonale si può arrivare all'aneurisma specie quando per una alterazione polmonale si sia prodotto un restringimento del territorio vasale e si abbia perciò aumento della pressione intraarteriosa.

Non è dimostrato che si possono avere aneurismi della polmonale su base infettiva; in alcuni casi furono trovate efflorescenze sulle valvole della polmonale; però, secondo l'opinione dei più, le alterazioni endocarditiche sarebbero state secondarie.

Nel caso di Ploegert bisogna pensare ad una alterazione su base luetica.

Altra forma morbosa da ricordare è la tubercolosi dell'arteria polmonale che può originare dal lume in seguito a tbc. miliare come piccoli noduli sull'intima, o si diffonde per continuità da organi vicini alla parete dell'arteria. Gli strati esterni sono alterati, la parete vasale perde la sua capacità di resistenza alla pressione sanguigna, l'intima protrude a guisa di ernia. Aneurismi del genere

si trovano abbastanza di frequente in vecchie caverne a pareti liscie che essi riempiono quasi completamente. Caratteristico è che l'alterazione interessa solo un tratto della parete vasale non tutto il lume poichè la parte del vaso circondata da tessuto polmonale sano è da questo protetta.

Questi aneurismi detti da arrosione sono spesso la causa delle profuse emorragie dai polmoni.

A proposito degli aneurismi dell'arteria polmonale riferisco ora di un caso giunto alla nostra osservazione all'Ospedale di S. Spirito nella corsia S. Carlo Bacci diretta dal Prof. Nazari dove prestavo servizio in qualità di assistente.

Il malato F. F., di anni 70, cocchiere, da circa due anni ricoverato all'Ospizio dei vecchi di S. Cosimato entra in Ospedale il 19 agosto 1929. Non precedenti familiari. In gioventù blenorragia. Non bevitore. Da circa cinque anni progressivo indebolimento della vista in ambedue gli occhi fino a cecità. A sinistra fu operato di iridectomia antiglaucomatosa.

Nell'estate del 1928 dolore vivo localizzato all'ipocondrio destro con irradiazione al dorso. Ebbe lieve ittero che scomparve in poco tempo, non febbre. Fu ricoverato nella corsia di S. Carlo Genga dello stesso Ospedale ed eseguita una radiografia del torace si riscontrò un'alterazione interpretata come aneurisma dell'aorta discendente. La Reazione di Wassermann fu debolmente positiva. Furono praticate iniezioni di bijoduro di mercurio. L'infermo fu dimesso quando l'ittero era scomparso ma persistevano ancora dolori addominali. In seguito stette bene, solo presentava crisi dolorose periodiche. Rientrò in Ospedale il 19 agosto 1929 accusando dolori vivi all'ipocondrio destro.

Esame obiettivo. — Scheletro regolare, condizioni generali di nutrizione discrete, colorito pallido della cute e delle mucose. Polso uguale a media frequenza a pressione modicamente elevata, respiro regolare, lingua detersa. Nulla di notevole all'osservazione dell'apparato linfoghiandolare.

Torace: nulla di anormale all'esame obiettivo. Cuore: punta dietro la sesta costola, un centimetro all'esterno dall'emiclaveare, a destra non si nota debordamento. Primo tono parafonico, soffio diastolico su tutti i focolai, più accentuato su quello aortico. L'addome è dolente, poco trattabile; nella regione ipocondriaca destra si apprezza una grossa tumefazione la quale pare faccia corpo col fegato; dolente ed a superficie irregolarmente bernoccoluta. La tumefazione occupa anche la regione epigastrica. La resistenza della parete non permette una palpazione più profonda. Il margine superiore del fegato è alla quinta costola sull'emiclaveare; la milza è nei limiti.

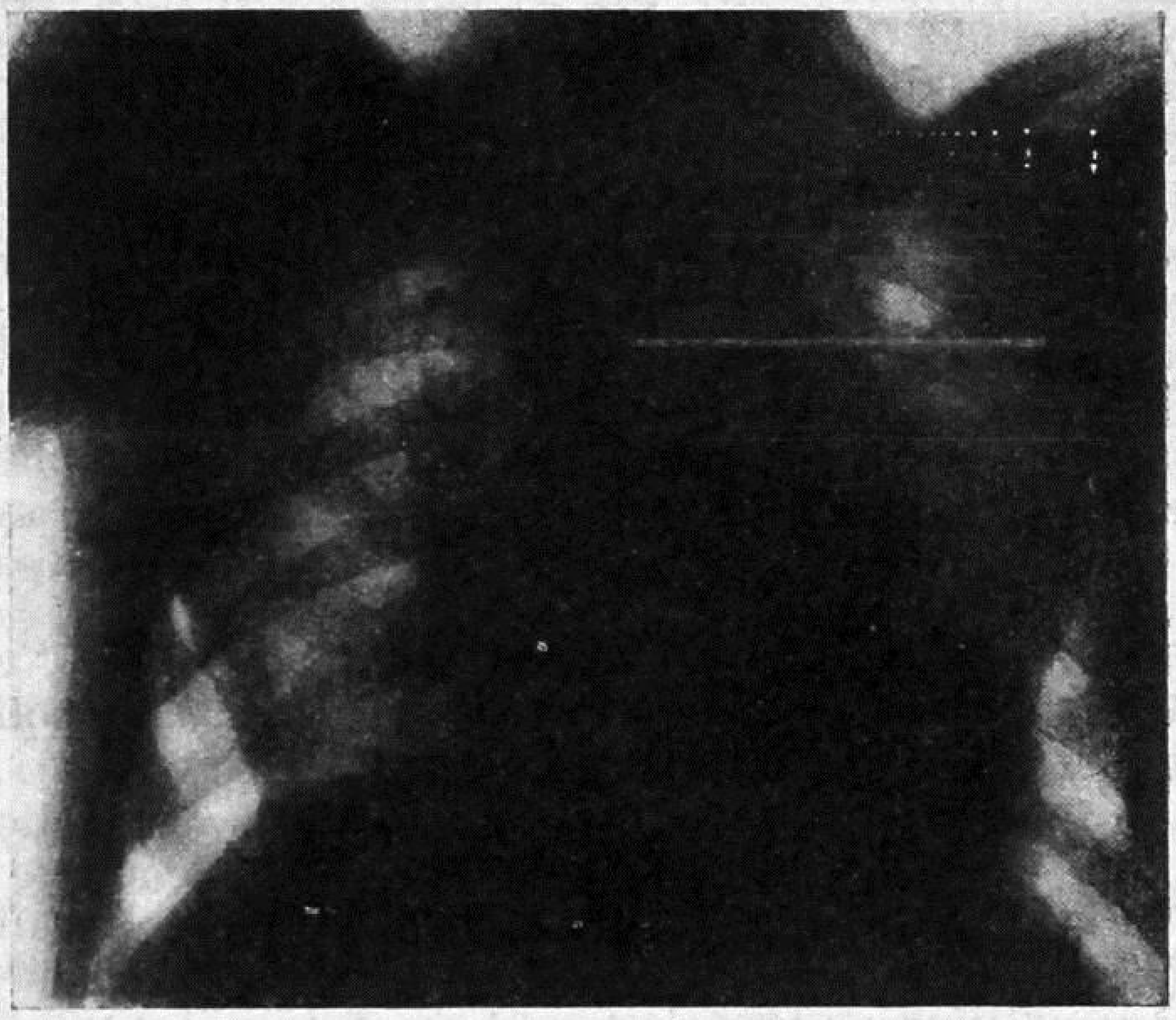
Pupille non reagenti alla luce, patellari non provocabili.

Fu eseguita il 22 agosto una radioscopia del torace che confermò l'esistenza di un aneurisma della porzione discendente dell'arco aortico e dimostrò un cuore ingrandito in toto; ed una radiografia dello stomaco che dimostrò il ventricolo ipertonico a contorni regolari, e l'ombra epatica ingrandita.

Esame delle urine normali. La reazione di Wassermann fu negativa.

Fu praticato l'esame dell'apparato visivo: occhio sinistro: iridectomia antiglaucomatosa; escavazione glaucomatosa della papilla. Occhio destro: atrofia postglaucomatosa della papilla.

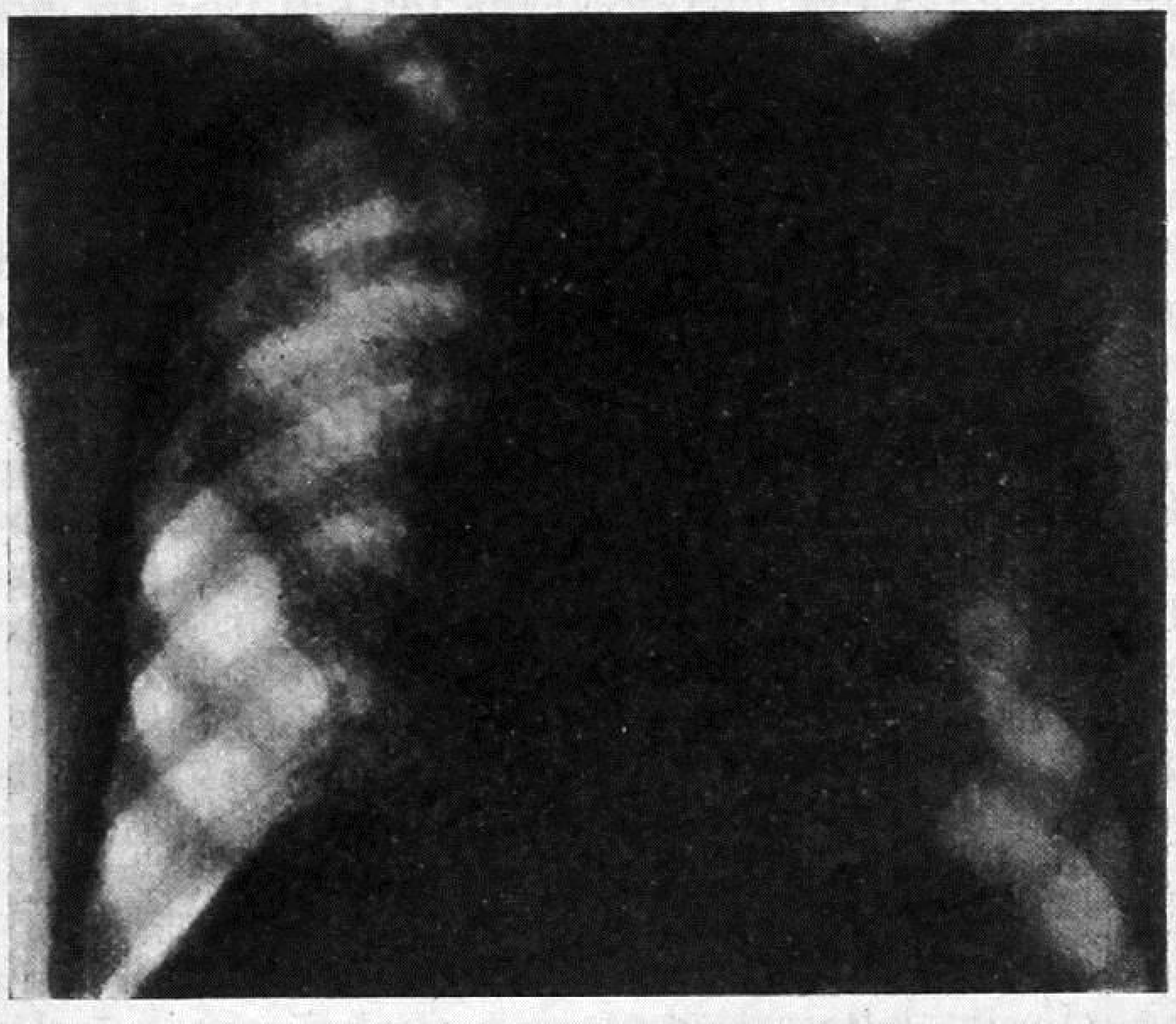
In data 22 ottobre all'esame del cuore si ascoltava ancora il primo tono fortissimo ed intenso



RADIOGRAFIA N. 1.

rumore di soffio diastolico su tutti i focolai. All'esame dell'addome si percepiva una tumefazione dura all'epigastrio ed all'ipocondrio di destra a limiti non definiti.

Il 24 ottobre si eseguì una nuova radiografia del torace che dimostrò cuore ingrandito, aorta ectasica con aneurisma della porzione discendente.



RADIOGRAFIA N. 2.

Nel campo polmonale sinistro della zona mediana si osservò un'ombra di forte intensità irregolare a margini policiclici.

In tutto questo periodo l'ammalato ha sempre sofferto di crisi dolorose all'ipocondrio di destra, di alternative di stipsi e di diarrea e di temperature subfebbrili. Non ha avuto tosse, non espettorazione, non affanno. Nell'ottobre pesava Kg. 59.

Una conta di globuli bianchi eseguita nel gen-

naio 1930 dimostrò una leucocitosi di 10.400. L'esame morfologico con preparati colorati non dimostrò modificazioni a carico della serie bianca e rossa.

Il polso divenne aritmico.

Durante tutta la degenza l'infermo fu sempre apiretico salvo qualche lieve elevazione di temperatura episodica, per pochissimi giorni non superiore a 37°,6. L'ammalato si andò lentamente cachetizzando. Nel febbraio pesava Kg. 53. Persisteva diarrea e stipsi alternata. Nel marzo si notarono emorragie petecchiali sul dorso delle mani.

Il 29 aprile 1930 la radiografia del torace diede: notevole aumento del disegno polmonale in corrispondenza dei lobi superiori del campo polmonale destro. Il cuore appariva aumentato in toto. Il fascio vascolare era aumentato di volume ed i suoi contorni a sinistra non erano visibili perchè si continuavano con una zona di opacità intensa la quale occupava i due terzi superiori del campo polmonale sinistro. All'esame del torace si notava riduzione intensa di suono nella fossa sopra- e sotto-spinosa destra. All'ascoltazione rari rantoli di detta zona.

Il malato peggiorò notevolmente specie nello stato generale e divenne sempre più cachettico. Presentò polso ritmico, alternative di stipsi e di diarrea. Non ebbe tosse; e persisteva la tumefazione all'ipocondrio destro. La morte avvenne il 1° giugno 1930.

La diagnosi clinica fu di: Arteriosclerosi centrale periferica. Aneurisma dell'aorta discendente, probabile tumore maligno addominale; cachessia.

L'autopsia ha dato il seguente risultato:

Marasma. Esiti di iridectomia a sinistra. Glaucoma bilaterale. Arteriosclerosi cerebrale e periferica. Cervello e midollo spinale normali. Aderenze pleuriche fibrose totali a sinistra. Polmonite tbc. caseosa ulcerosa con piccole caverne del lobo superiore del polmone sinistro che circonda un'ampia dilatazione dell'arteria polmonale e del suo ramo sinistro nella sua porzione intrapolmonale.

Il cuore leggermente aumentato di volume del peso di gr. 380 è di forma alquanto globosa con la punta ottusa formata da ambedue i ventricoli. Notevole dilatazione dei ventricoli. Grasso sottoepicardico normale. Arterie coronarie serpiginose sclerotiche e calcifiche. Spessore del ventricolo sinistro, mm. 12. Ispessimento diffuso dell'endocardio parietale e della mitrale il cui velo anteriore presenta verso la base estese chiazze arteriosclerotiche che si diffondono fino alle semilunari aortiche. Semilunari aortiche ispessite con piccole vegetazioni papillari fibrose endocarditiche in corrispondenza dei noduli d'Aranzio. Orifici dell'arterie coronarie più ampi del normale. Circonferenza dell'aorta immediatamente al disopra della inserzione delle semilunari aortiche cm. 7,5. La porzione iniziale dell'aorta presenta chiazza di arteriosclerosi iperplastica e degenerativa che si diffondono in grado lieve in tutta l'aorta. Discreta dilatazione dell'atrio sinistro con ispessimento diffuso dell'endocardio.

Ventricolo destro: spessore del miocardio, millimetri 8, ispessimento diffuso dell'endocardio parietale e dei veli della tricuspide. Le valvole semilunari della polmonare appaiono ispessite e fuse per un certo tratto dei loro margini liberi lasciando nel centro un'apertura rigida di figura triangolare irregolare, del calibro di una ordinaria matita, ad angoli ottusi, in corrispondenza dei quali si vedono vegetazioni verrucose antiche endocarditiche. Le valvole semilunari appaiono notevolmente ispessite e calcificate. Mentre la semilunare destra dell'arteria polmonale si presenta di forma normale a nido di rondine, con la concavità normalmente rivolta verso il tronco della polmonale, la semilunare anteriore e la semilunare sinistra appaiono estroflesse verso il lume dell'arteria facendovi sporgenza, onde le concavità dei

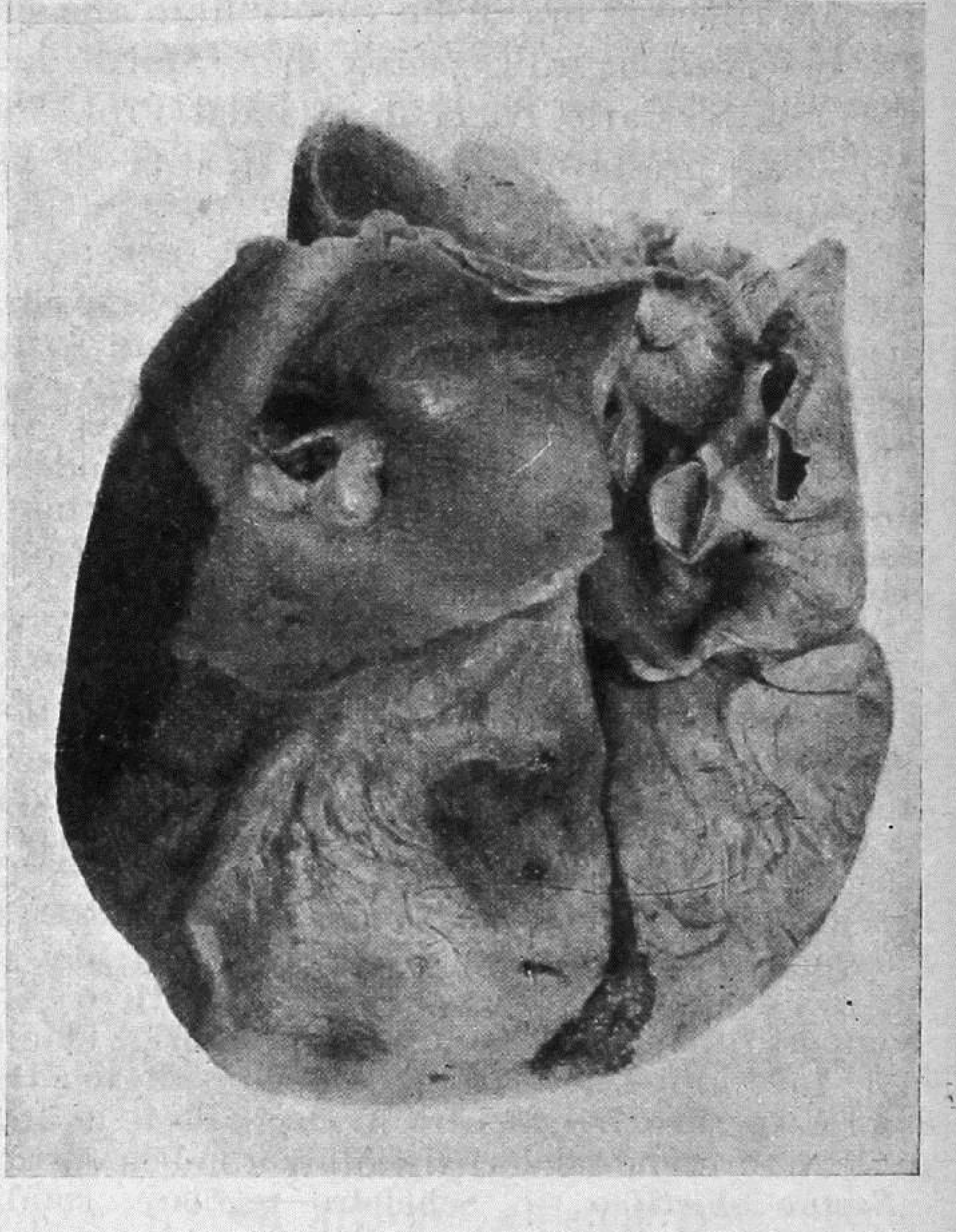


FIG. 1. — Nella figura si nota bene l'arrotondamento della punta del cuore: l'ostio polmonale stenosato con i due nidi di rondine eversi e coperti di vegetazioni e l'inizio della dilatazione aneurismatica.

due nidi di rondine appaiono rivolte verso il sottostante ventricolo destro. La porzione iniziale dell'arteria polmonale si dilata immediatamente al disopra dell'ostio perfettamente rotondo e ristretto e tale dilatazione si continua verso l'ilo e nello spessore del polmone sinistro al disopra del bronco e delle vene, colla forma e dimensioni di una pera di media grandezza la cui parte assottigliata si approfonda nel tessuto polmonale. Dalla porzione ectasica partono nello spessore del polmone le ramificazioni dell'arteria polmonale (fig. 1). Mentre l'arteria polmonale non presenta alla sua porzione iniziale alterazioni della sua parete all'infuori di un leggero ispessimento diffuso, dall'ilo del polmone in poi l'intima che rivesta la superficie interna della polmonale dilatata presenta alcune chiazze arteriosclerotiche degenerative, delle quali una, notevolmente più estesa delle altre e calcifica, sulla superficie anteriore del vaso in corrispondenza del suo ingresso nell'ilo del pol-

mone (fig. 2). Il ramo destro dell'arteria polmonale si presenta di volume e di aspetto normale. Discreta ipertrofia e dilatazione dell'atrio destro.

Fegato di aspetto normale. Colecistite cronica. Atrofia della cistifellea con retrazione delle pareti e pericolecistite cronica fibrosa adesiva.

Ileite e colite tubercolare ulcerosa con ulcera del colon trasverso perforata in corrispondenza del margine epatico con consecutiva formazione di una raccolta purulenta saccata pericolica e periepatica. Nulla di notevole negli altri organi.

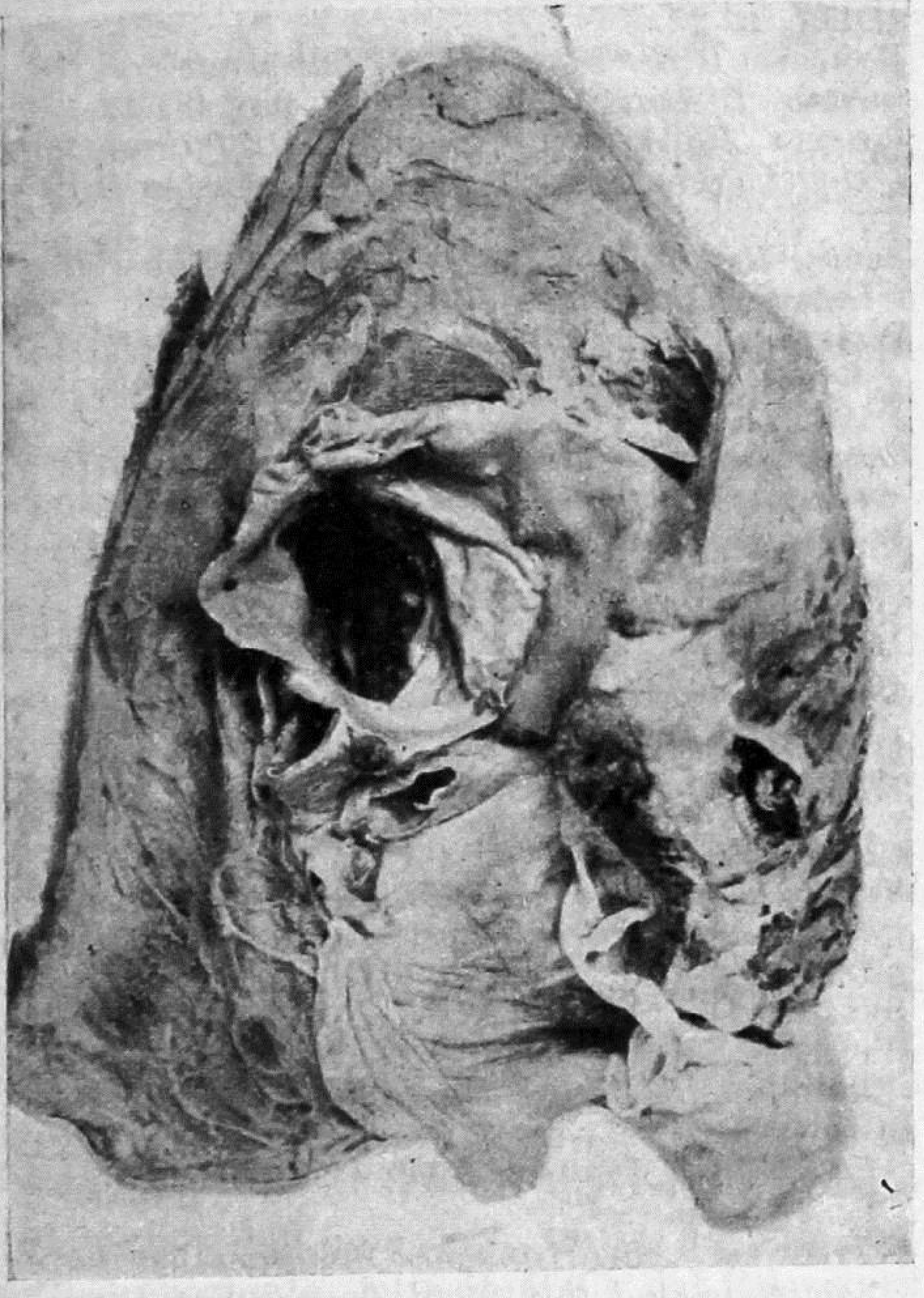


FIG. 2. — Si vede chiaramente la cavità della dilatazione aneurismatica che si approfonda a forma di pera nel tessuto polmonale. All'inizio della sua faccia mediale si nota una chiazza di calcificazione.

Dunque il reperto anatomo-patologico ha dimostrato sostanzialmente errata la diagnosi clinica così riguardo alla sede che alle cause delle alterazioni morbose riscontrate nel cadavere.

La diagnosi clinica, che la morte dell'infermo ci costrinse a formulare, fu formulata con grande esitazione, e quasi colla certezza che non sarebbe stata confermata all'autopsia, per le difficoltà che avevamo incontrate nell'interpretazione del quadro clinico, e che avevamo la convinzione di non essere riusciti a superare in modo soddisfacente, nonostante il prolungato ed insistente studio della sintomatologia clinica presentata dall'infermo. Riguardo alla etiologia dei sintomi a carico dell'apparato circolatorio fu scritto nella diagnosi clinica in modo generico arteriosclerosi piuttosto che arterite luetica perchè i dati anamnestici e la debole transitoria reazione di Wassermann leggermente positiva non ci avevano completamente convinti dell'esistenza nell'infermo di un'infezione luetica, che d'altra parte, per criterio di frequenza, l'esistenza dell'aneurisma, che ritenevamo avesse sede nell'aorta, ci spingeva ad ammettere. Ad una sede dell'aneurisma nella arteria polmonale non si poteva in alcun modo pensare. La esistenza dell'aneurisma fu rilevata soltanto dall'esame radiologico e i radiogrammi ripetuti e ripetutamente studiati prima e dopo l'exitus, da noi e da radiologi sperimentati non permettevano altra diagnosi che di aneurisma aortico. Sempre riguardo all'apparecchio circolatorio non ci siamo creduti autorizzati a diagnosticare una insufficienza aortica soltanto per la costante presenza di un rumore diastolico, che, oltre a rilevarsi su tutti i focolai, non era accompagnato dalla sintomatologia secondaria a carico del cuore e delle arterie periferiche. L'affezione tubercolare nello apparato respiratorio passò completamente indiagnosticata all'esame clinico. La assenza completa di tosse e di espettorazione, l'andamento della temperatura, che non aveva nulla di caratteristico, e che poteva esser messo in relazione con i fenomeni addominali, l'unilateralità del processo e la fusione radiologica dell'ombra gradualmente crescente con la ombra dell'aneurisma ci aveva fatto attribuire all'aumento di questo, ed a fatti polmonali secondari, piuttosto che ad un processo polmonale di altra natura, il referto radiografico ed anche quello ascoltatorio dell'ultimo periodo.

Anche l'interpretazione della sindrome addominale presentata dall'infermo risultò alla autopsia completamente errata.

Questa sindrome che ebbe inizio improvvisamente due anni prima della morte dell'infermo con dolore vivo dello ipocondrio destro e lieve ittero di breve durata e che continuò dominando la scena, con crisi dolorose nella stessa regione a intervalli di tempo varii, lo svilupparsi di una tumefazione che faceva corpo col fegato in corrispondenza della regione della cistifellea con andamento febbrile e con discreta leucocitosi ci aveva fatto pensare in un primo periodo ad una calcolosi con colecistite e pericolecistite. La cachessia progressiva con rapide e notevoli perdite di peso ci indussero nell'ultimo tempo a pensare alla possibilità di un tumore maligno, che, essendo ri-

sultato all'esame radiologico normale lo stomaco, si fosse sviluppato nella cistifellea e diffuso agli organi vicini; anche questo processo è risultato all'esame anatomopatologico di natura tubercolare. Se l'interpretazione del quadro clinico ha presentato difficoltà che non siamo riusciti a superare, il reperto anatomopatologico, che ha corretto la nostra diagnosi, ha dimostrato specialmente riguardo alle alterazioni dell'apparecchio circolatorio particolarità tali da rendere il caso degno di nota e veramente singolare. La principale di questa alterazione è la grande dilatazione del tratto iniziale dell'arteria polmonale che si estendeva al ramo sinistro di questa nell'interno del polmone corrispondente. L'eguaglianza di spessore delle pareti uniformemente assottigliate di tutta la porzione dilatata e l'integrità anatomica di queste, che presentavano soltanto lievi e localizzate alterazioni arteriosclerotiche, non permettono di considerare la dilatazione del vaso come un aneurisma, bensì come un'arteriaectasia. Colla grande dilatazione della porzione iniziale dell'arteria polmonale facevano contrasto la relativa stenosi dell'ostio e le alterazioni del tipo dell'endocardite cronica deformante calcifica con stenosi da parziale saldamento delle valvole semilunari e colla singolarissima extroflessione verso il lume vasale di due di queste valvole. Le alterazioni anatomiche delle valvole semilunari erano tali da fare ritenere che queste non potessero chiudere bene durante la diastole del ventricolo destro, e che assieme alla stenosi esistesse un certo grado di insufficienza delle valvole stesse, alla quale potrebbe forse essere attribuito il rumore diastolico rilevato durante la vita. Devono essere interpretate come alterazioni secondarie al vizio valvolare della polmonale l'ipertrofia del ventricolo destro, e l'ispessimento cronico fibroso dell'endocardio parietale del ventricolo stesso. Invece la stenosi dell'ostio e la grande ectasia dell'arteria polmonale e del suo ramo sinistro non ci sembra possano essere altrimenti interpretate che come anomalia congenita. La mancante pervietà del dotto di Botallo fa escludere la natura aneurismatica della dilatazione dell'arteria polmonare, dovuta a questa causa.

RIASSUNTO.

L'A riferisce un caso giunto alla sua osservazione e non diagnosticato in vita, di dilatazione aneurismatica della polmonale, con stenosi dell'ostio della polmonale stessa. Le alterazioni principali sono interpretate come anomalie congenite.

BIBLIOGRAFIA.

Bruening. *Untersuchungen über das Vorkommen der Angiosklerose im Lungenkreislauf.* Zieglers' Beiträge, 1901, Bd. 30, 3.

Torhorst. *Die histologischen Veränderungen bei der Sklerose der Pulmonalarterie.* Ibid., 1904, Bd. 36, 2.

Ehlers. *Zur Histologie der Arteriosklerose der Pulmonalarterie.* Virchow's Archiv., 1904, B. 178, 3.

Moenckeberg. *Ueber die genuine Arteriosklerose der Lungenarterie.* Deutsche Med. Wochenschr., 1907, n. 27.

Romberg. *Ueber Sklerosis der Lungenarterie.* Deut. Arch. f. klin. Medizin, 1891, Bd. 48, 12.

Posselt. *Die kliniche Diagnose der Pulmonalarteriensklerose.* Münch. Med. Wochenschrift, 1908, n. 31.

Benda. *Referat über das Aneurisma.* Lubarch und Ostertag Ergebnisse, VIII, 1902.

Wiesner. *Erkrankungen der grossen Gefässe bei Lues congenita.* Zentralblatt f. allg. Pathologie, 1905, XIV.

Emmerich. *Ueber die Häufigkeit der inneren Aneurisma in München.* Diss., 1888.

Bosdorff. *Ueber Häufigkeit und Vorkommen der Aneurismen.* Diss., Kiel, 1889.

Mueller *Zur Statistik der Aneurismen.* Diss., Jena, 1902.

Goldberck. *Beiträge zur Kenntniss der inneren Aneurismen.* Diss., Gressen, 1868.

Krzyskowski u. Wiezkowski. *Aneurisma des Stammes der Arteria Pulmonalis.* Wiener Klin. Wochenschrift, 1902, n. 4 e 5.

Von Schroetter. *Erkrankungen der Gefässe,* in Nothnagels spezielle Pathologie und Therapie, 1899.

Henke u. Lubarsch. *Herz und Gefässe,* pag. 757.

Weischer Paul. *Ueber Aneurismen der Arteria Pulmonalis.* Inaug. Diss., Wuerzburg, 1904.

Buchwald. *Aneurisma des Stammes der Arteria Pulmonalis.* Deutsch. Med. Wochenschrift, n. 1, E. 2, 1878.

Krzykowski. *Aneurisma des Stammes der Pulmonalarterie und multiplen Aneurismen ihrer Veraestlungen bei Persistenz des Ductus Botalli.* Wien. Klin. Wochenschr., n. 4, S. 92, 1902.

Wagner u. Qiatkowski. *Ueber ein Fall von Syphilis des Herzens mit bedeutender Erweiterung der Arteria Pulmonalis.* Virchow's Archiv für Path. Anat. u. Phys., Band 171, S. 369, 1903.

Henschen. *Das Aneurisma der Arteria Pulmonalis.* Volkmanns Sammlklinik Vortrag, n. 422-23, 1906.

Zicher. *Ueber eine noch nie beschriebenen Fall von hochgradiger angeborenen Erweiterung der Arteria Pulmonalis in toto.* Zeitschr. f. Kinderheilkunde, Band 59, 1904.

Ploeger August. *Das Aneurisma der Arteria Pulmonalis.* Zeitschrift f. Path., Bd. 4, S. 286, 1910.

Lissauer. *Ueber das Aneurysma am Stammes der Pulmonalarterie.* Virchow's Archiv. f. Pathol. Anat. u. Physiol., Bd. 180, S. 462, 1905.

Barth. *Ein Fall Mesarteritis Luetica der Arterie Pulmonalis mit Anenrysmabildung.* Frankfurt. Zeitschr. f. Pathol., Bd. S. 139, 1910.

Durno L. and Brown. *A case of dissecting Aneurysma of the Pulmonaly Artery, Patent Ductus Arteriosus, Rupture into the Pericardium.* Lancet, p. 1639, 13 juin 1908.

Wilkens G. D. *Ein Fall von multiplen Pulmonalis Aneurysmen* Beitr. z. Klin. u. Tuberkul., Bd. 38, S. 1, 1918.

EPIDEMIOLOGIA

I cicli secolari della malaria e l'anofelismo senza malaria.

È noto che nei territori malarici l'endemia è passata attraverso lunghissimi periodi di esacerbazioni e di attenuazioni. Questi « cicli secolari » richiamarono l'attenzione del Celli, che li studiò nella Campagna Romana. L'insigne malariologo li interpretava come dovuti a proprietà biologiche dei parassiti malarici. Nella sua concezione, questi parassiti percorrono parecchi cicli: uno ha per base un periodo di 24 ore (in rapporto con i parossismi febbrili), uno è annuale (epidemie stagionali), uno è pluriannuale (annate di esacerbazioni e attenuazioni), infine ve n'è uno di molto più lunga portata, che da lui è stato detto « secolare ».

Tutti questi cicli, così dissimili per lunghezza e significato, sarebbero inerenti alla vita dell'ematozoo, influenzata, nell'uomo e nelle zanzare, da fattori fisiologici e geofisici.

Siffatta interpretazione era perfettamente intelligibile per quanto riguarda i cicli minori; ma non era convincente per quelli secolari, che rimanevano abbastanza enigmatici.

Ora è venuta una spiegazione che sembra molto attendibile. Ha il punto di partenza in un'ipotesi avanzata qualche anno addietro da un valente entomologo francese, Roubaud. Questa ipotesi tendeva a spiegare il compito protettore del bestiame nei riguardi della malaria. Com'è noto, il bestiame svia le zanzare malarigene dall'uomo: si tratta di una scoperta importante, fatta in Italia dal Bonservizi ed illustrata in Francia dal Roubaud e poi generalmente convalidata. Il Roubaud suppose che le zanzare appartenenti alla specie *Anopheles maculipennis*, alle quali abitualmente spetta il compito di trasmettere la malaria in Europa, avessero differenziato una *razza* o *sottospecie* caratterizzata da mascelle robuste e con numerosi dentelli, particolarmente atta a pungere il bestiame e poco propensa a pungere l'uomo, quindi poco o niente pericolosa. Questa razza « zoofila » sarebbe propria delle zone con agricoltura molto sviluppata e ricche di bestiame stabulato. L'ipotesi, nella forma avanzata dal Roubaud, non è oggi più ammessa, in quanto si è riconosciuto che al numero dei dentelli mascellari delle zanzare non spetta il valore che questo autore vi attribuiva.

Essa ha, però, avuto il merito di provocare ulteriori e feconde ricerche. Così Grassi, in base ad osservazioni diligenti, fu portato a riconoscere che nell'Italia centrale esiste, effettivamente, una razza la quale per solito non punge l'uomo. Non la credette differenziabile per i caratteri morfologici; cioè si sarebbe trattato di una razza cosidetta « biologica » G. Alessandrini sostenne poi che gli anofeli piccoli e deboli sviluppatisi dalle paludi, fossero, per questo solo fatto, meno resistenti alla malaria e, quindi, più pericolosi di quelli grandi e robusti sviluppatisi dalle risaie e, generalmente, di quelli appartenenti a località senza malaria. Questa seducente ipotesi contrastava con alcune antiche esperienze di Celli e di Grassi, i quali avevano infettato le zanzare di zone risicole indenni da malaria; ulteriori ricerche l'hanno dimostrata non rispondente alla realtà, in quanto si è accertato che gli anofeli di regioni indenni, come l'Inghilterra ed alcune zone della Toscana e dell'Abruzzo, si mostrano oltremodo recettivi alla malaria.

Un passo decisivo in tale campo venne realizzato in Italia dal Falleroni, il quale, dedicatosi in età avanzata a tali studi, ha avuto il merito di portarvi dei contributi di grande pregio. In base prevalentemente ai caratteri delle uova, egli differenziò nettamente due varietà dell'*Anopheles maculipennis* e le chiamò *messeae* e *labranchiae*, in omaggio a due distinti funzionari della Direzione di Sanità, i quali hanno promosso la lotta contro la malaria: Messea e Labranca. Accennò anche alla probabile esistenza di una terza varietà.

Poco dopo, in Olanda, un giovane entomologo, van Thiel, ammise che dal *maculipennis* comune si fosse differenziata una varietà piccola e di colore oscuro, che perciò disse *atroparvus*: sarebbe stata la vettrice abituale di malaria in quella zona. Ma i caratteri ne erano molto mal definiti; tentativi recenti dello stesso autore non hanno portato a bene individuarla.

Pure in Olanda, tre valenti malariologi, De Buck, Schoute e Swellengrebel, hanno differenziato molto meglio due varietà, in base ai caratteri morfologici, come la lunghezza relativa delle ali ed alcune correlazioni, e così pure in base alla biologia (formazione del corpo grasso, ibernamento, zoofilia).

Contemporaneamente, in varie zone d'Italia e fuori d'Italia Hackett e Missiroli hanno accertato il diverso comportamento dell'*Anopheles maculipennis* di località malariche ed indenni. Di recente, in collaborazione con Martini, gli stessi autori hanno scoperto che le varietà del *maculipennis* differenziate da Falleroni (due e forse più) esistono in altre parti d'Europa. Le hanno meglio definite e ne hanno fatto valere, per la prima volta, tutta l'im-

portanza epidemiologica. Ultimamente una reputata entomologa, allieva del Grassi, Lidia La Face, ha precisato meglio le varietà predette, in base ai caratteri morfologici delle larve e dell'ipopigio maschile. Esse, ormai, tendono ad assumere il valore di specie. Lo strano è che la varietà supposta in primo tempo dal Falleroni innocua, risulta essere, invece, quella vettrice: è la *labranchiae;* poi lo stesso autore aveva creduto che tutt'e due le varietà da lui create fossero vettrici abituali di malaria.

È probabile che, d'ora in poi, per tutta l'Europa, il solo anofelino responsabile di comunicare abitualmente la malaria debba essere considerato l'*Anopheles maculipennis* var. *labranchiae* Faller., cui sembra competere dignità di specie, di modo che dovrebbe essere designato più semplicemente *A. labranchiae.*

Il grandioso fenomeno dei cicli epidemici secolari della malaria viene ad essere, ora, chiarito: si tratta della sostituzione di una varietà o di una specie di anofeli con un'altra, ben definita e bene individuabile, affine ma di abitudini diverse. La sostituzione verrebbe condizionata da fattori locali: durante i periodi di coltura intensiva del suolo e correlativo sviluppo del patrimonio zootecnico, è divenuta prevalente la specie o la varietà innocua, che predilige il bestiame; e viceversa.

Allo stesso modo, risulta spiegata la produzione dell'anofelismo senza o con poca malaria: questo benefico fenomeno, che aveva sfidato la sagacia dei malariologi, risulta ora indubbiamente dovuto alla sostituzione di una specie o di una varietà con un'altra. Fenomeni simili sono frequenti nel mondo degli insetti.

La coltura intensiva del suolo e l'incremento correlativo del patrimonio zootecnico varrebbero a fugare la malaria sovratutto in quanto che determinano questa sostituzione graduale; solo in parte per il richiamo (tropismo positivo) esercitato dal bestiame sugli anofelini.

Varie ipotesi che si erano avvicinate a questa, ne rimanevano più o meno lontane. Così Bonservizi e Falleroni avevano supposto che bastasse la presenza di bestiame ad attrarre le zanzare malarigene ed a sviarle dall'uomo (azione accresciuta interponendo i ricoveri di bestiame tra le acque anofeligene e le abitazioni umane); Hackett e Missiroli avevano, in primo tempo, supposto che avvenisse un graduale cambiamento dei gusti negli anofeli; ecc.

I dubbi che ancora oscuravano l'epidemiologia della malaria vengono, gradatamente, diradati.

Dott. L. VERNEY.

QUESTIONI D'ATTUALITÀ

Il metodo sperimentale nella vaccinazione antitubercolare (*).

ALBERTO ASCOLI
Dirett. dell'Istituto Vaccinogeno Antitubercolare.

Eccellenza,

colleghi medici e veterinari, agricoltori,

Se noi ci chiediamo come fu avviata quella vaccinazione preventiva contro il carbonchio ematico che in medicina veterinaria è a ragione considerata come la base granitica sulla quale poggia il mezzo profilattico poi universalmente adottato contro un flagello, che per i suoi caratteri classici costituisce come il paradigma di un'infezione a carattere epizootico negli animali domestici — la risposta non può esser che una sola: che questa grande conquista della medicina preventiva ha le sue salde e veraci radici nell'esperimento eseguito a Pouilly Le Fort sulle pecore.

È però anche vero che la vaccinazione jenneriana trae invece le sue origini dalla sperimentazione diretta sull'uomo e che dell'efficacia della linfa di Jenner la dimostrazione fu fornita constatando su soggetti umani esposti all'infezione vaiolosa gli effetti preservativi dell'innesto.

E a rinsaldare il convincimento che la certezza degli effetti della medicina preventiva, se per le epizoozie può essere data dalle prove sugli animali, che sogliono esserne colpiti, per le epidemie invece richiede la prova diretta sull'uomo, si può addurre l'esempio della cura antirabica, la quale ha avuto il suo suggello soltanto quando sul giovane alsaziano Meister fu saggiata per la specie umana che importava proteggere, la piena rispondenza di un procedimento che gli studi metodici sugli animali avevano permesso di elaborare pazientemente.

Non si può negare infatti che è stata appena l'applicazione del metodo pasteuriano alla cura di una malattia che come la rabbia impressiona fortemente il grande pubblico, l'incentivo a quella raccolta di fondi che dette vita all'Istituto Pasteur di Parigi.

Ma se noi rifacciamo a ritroso il cammino per il quale la medicina preventiva è giunta ai fasti che ci consentono oggi di affrontare con le anatossine quella terribile malattia che sotto il nome di croup e difterite faceva tremare le madri quando ancora non era stato scoperto il siero antidifterico, non tardiamo a persuaderci che, se pure il Jenner potè empiricamente strappare la vittoria contro una malattia esantematica, con manifestazioni morbose e rilevabili sulla cute, oggi grazie alla sua scoperta virtualmente scomparsa dove vige l'obbligo della vaccinazione, la strada maestra per le conquiste dell'immunità è tracciata dalla sperimentazione sugli animali.

Non è forse dal metodo sperimentale della sperimentazione sugli animali che è zampillata la scoperta della sieroterapia per opera di Emilio von Behring? Occorre forse ricordare che l'èra pasteuriana ha inaugurato appunto quella palestra nella quale si cimentano prima sugli animali di labo-

(*) Conferenza tenuta, per invito della Società medico-chirurgica bellunese, il 5 marzo 1932 nell'aula dell'Istituto Salesiano Sperti in Belluno, alla presenza di S. E. il Prefetto.

ratorio i nuovi metodi, si affilano saggiandole in corpore vili le armi, che superata la prova aspirano a essere adibite alla difesa degli animali domestici e dell'uomo? Il siero antidifterico, l'antitetanico, che hanno inaugurata l'èra sieroterapica non hanno prima superato vittoriosamente il cimento delle prove di laboratorio sulle cavie, sui conigli, sui topolini?

E i tentativi di estendere la sieroterapia a quante più malattie possibile non hanno dovuto avanzare sempre su questo binario della sperimentazione sugli animali, se hanno voluto approdare a risultati concreti?

Quando, come ad es. nella profilassi e cura della tubercolosi si è voluto saltare a piè pari questa fase preliminare che deve precedere la sperimentazione sull'uomo, sempre quando sia possibile farlo, si è andati incontro alle più amare delusioni.

La sorte toccata alla tubercolina di Koch e alla sieroterapia antitubercolare stà a dimostrare come là dove l'agente eziologico è un microbio suscettibile di isolamento e di crescita su terreni di cultura e di attecchimento negli animali di laboratorio e domestici, il soprassedere al postulato del metodo sperimentale che fa obbligo di procedere anzitutto ai saggi su di questi ultimi, costituisce un errore che poi si sconta. La scienza è evoluzionista per eccellenza e non ammette i salti, osserva giustamente Pio Foà, essa si affatica a trovare un metodo e quando lo ha trovato, non lo si può violare impunemente. Quale monito non è contenuto appunto sul tema della tubercolosi, nelle parole che in sede di discussione sulla sieroterapia antitubercolare ebbe a pronunciare nel 1895 al Congresso di Medicina Interna a Napoli il compianto senatore professore Pio Foà?

« Forse che non è il titolo di gloria del nostro secolo — diceva allora il sommo anatomo patologo dell'Ateneo Torinese — quello di aver dato alla medicina la base sperimentale, a segno che si procede insensibilmente dal laboratorio alla clinica, dagli animali inferiori all'uomo? ».

Per il caso particolare della tubercolosi il Foà così suffragava la propria tesi che alle prove sull'azione del siero antitubercolare nell'uomo si dovessero fare procedere quelle sugli animali.

« Non prendono forse spontaneamente la tubercolosi alcuni mammiferi, ad es. la cavia, il coniglio, la vacca, la scimmia? Non è forse causata dallo stesso bacillo? Non si diedero casi di innesto della tubercolosi dall'animale all'uomo, e dall'uomo all'animale?... Dato ciò non è illogico, non è unilaterale e non è troppo pretenzioso il domandare che la questione venga totalmente esaurita nel laboratorio, così come non è esagerato il ritenere che, ove questo siasi ottenuto effettivamente, anche il problema clinico sarà risolto, malgrado la complessità che presenta in singoli casi ».

Questo l'atteggiamento di uno dei maggiori anatomo-patologi nostrani di fronte al problema della sieroterapia antitubercolare, ora universalmente risolta in senso negativo, ma che egli con felice intuito biologico fin dal 1895 poneva in questi precisi termini: « essere la questione non peranco risolta, le prove sperimentali essere difettose, le prove cliniche non abbastanza probative ».

Come si devono dunque impostare, viene fatto di chiedersi, le prove sperimentali se si vuole che non sieno difettose come quelle contro le quali allora insorse il Foà?

Eccoci dunque condotti a porci il quesito che mi sono proposto di trattare, se pur non oso dire di risolvere, nella odierna riunione alla quale ho tanto più volentieri aderito di intervenire, perchè il direttore del vostro Consorzio Antitubercolare, l'egregio collega dott. Emilio Pontiggia per essere stato, prescindendo da un esperimento tosto arenatosi, il primo in Italia a vaccinare dei neonati col B.C.G. me ne offre lo spunto.

Era giustificata la premunizione vaccinale per os, che il dott. Pontiggia ha praticato come un pioniere a Vittorio Veneto, facendola poi seguire da altre vaccinazioni che risalgono in parte, come anche quelle del collega dott. Marcer al 1925 e al 1926, ma di cui qualcuna è del 1931?

Inizieremo pertanto il nostro dire col passare sommariamente in rivista il corredo sperimentale del B.C.G. che fin d'allora era così ricco da autorizzare senz'altro i primi tentativi di premunizione dei neonati intrapresi appunto dal dott. Pontiggia coadiuvato dal dott. Marcer.

* * *

Donde è venuta la spinta, chiediamoci anzitutto, a sottoporre al cimento sperimentale il B. C. G.?

Dal convincimento ben saldo tratto dal classico esperimento di Calmette e Guérin su venti giovenche, nel quale le dodici vaccinate col B.C.G. mostrarono di fronte all'inoculazione virulenta, letale per cinque controlli e tubercolosigena per altri due, una resistenza verso l'infezione tubercolare, del tutto analoga a quella refrattarietà verso l'infezione carbonchiosa, che a Poulley Le Fort era stata riscontrata nelle pecore vaccinate col metodo pasteuriano fornendo la base sperimentale alla pratica delle vaccinazioni contro il carbonchio ematico.

È quell'esperimento che ripetuto poi a sazietà in Italia, in Inghilterra, in Germania, in America, ecc., forma la ossatura, la spina dorsale del metodo di Calmette, fondato sull'impiego di bacilli attenuati ma vivi. È la mancanza di una prova sperimentale paragonabile a questa, suscettibile di conferme e controlli univoci, la ragione per cui non hanno trovato altrettanta eco nel mondo le proposte e i tentativi di vaccinazione antitubercolare con bacilli morti sulla quale oggi lo Spahlinger cerca indarno di far convergere la simpatia del pubblico. Per quest'ultima valgono quelle stesse obbiezioni di principio che il senatore Pio Foà muoveva alla sieroterapia della tubercolosi « perchè tenendo in non cale le prove sperimentali, si diede d'un salto alla cura dell'uomo ».

Se al rinnovato tentativo di violare il metodo sperimentale il biologo ha il dovere di sbarrare il passo, ispirandosi alle auree massime così bene sintetizzate dal Foà, egli deve però anche far tesoro di un altro monito che questi ci rivolge: ben diversa — rileva il Foà sempre durante la discussione sul siero antitubercolare — è la storia sperimentale della tubercolosi, da quella del tifo e del colera; l'infezione sperimentale sopra animali *che non prendono spontaneamente* nè il tifo nè il colera, non rappresenta esattamente l'infezione dell'uomo.

Il ricercatore di laboratorio deve infatti tenere presente, che nonostante la sua forza suggestiva il succitato esperimento sulle manzette non può

essere raffrontato con quello di Poulley Le Fort perchè l'infezione tubercolare, a differenza della carbonchiosa, rappresenta un'insidia che non dà mai tregua e che si insinua non solo in seguito alla inoculazione virulenta, bensì anche quando un'animale recettivo quale il vitello viene esposto al contagio naturale dato ad es. dalla coabitazione con vacche tubercolotiche.

Nel caso della tubercolosi, dal 1895 ad oggi si è imparato a distinguere nella tubercolosi dei mammiferi il bacillo di tipo bovino da quello umano, e a stabilire che la tubercolosi nella specie bovina è di regola (salvo qualche caso dovuto al tipo aviare) determinata dal primo, mentre nell'uomo prevale l'infezione interumana dovuta al secondo, ma nella giovane età si riscontra il contagio dato dal tipo bovino specialmente per il tramite del latte. Ecco dunque che si impongono allo sperimentatore alcune altre tappe che era necessario percorrere!

La prima è quella che si riconnette colla ubiquità del bacillo tubercolare nelle zone dove la lotta contro di esso si impone. Così anzitutto si è dovuto dimostrare con le prove di coabitazione che la maggiore resistenza conferita dalla vaccinazione è in grado di difendere il vitello anche contro il contagio naturale. Non si sono, è vero, ottenuti risultati così travolgenti come nel collaudo artificiale endovenoso, ma tuttavia, quantunque più modesti, essi sono di un'evidenza incontestabile. Bisogna tener presente che, quando si ricorre alla prova virulenta, si suole lasciare trascorrere l'intervallo di tempo necessario perchè possa entrare in piena efficienza il meccanismo sul quale si basa la maggiore resistenza mentre nella coabitazione tale regola non si osserva sempre rigorosamente. Un'altro fattore che menoma il successo, secondo gli studi della nostra Scuola, sarebbe rappresentato dalle associazioni microbiche, tra le quali ad una, l'actinotubercolare, parrebbe spettare un'importanza tanto più notevole in quanto l'actinomyces è pure un germe che nelle nostre stalle è sparso largamente nei foraggi, nella paglia, ecc.

Tuttavia, nonostante queste interferenze, di regola dei giovani vitelli almeno un capo su due rimane indenne. Solo in condizioni particolari, quando l'ambiente è così fortemente contagiante da fare ammalare di tubercolosi tutti i non vaccinati senza distinzione, può accadere che appena un capo su tre rimanga indenne, come è avvenuto nelle esperienze di coabitazione dell'Uhlenhuth: vale a dire che su tre vitelli è risparmiato uno persino quando essi sono esposti a un martellamento che in pratica non suole verificarsi — quando mai si è visto la tubercolosi negli allevamenti, colpire il 100 % non già delle vacche lattifere, ma dei giovani vitelli? Grazie alla ormai netta prevalenza dei risultati probativi ottenuti dai ricercatori nei vari paesi (Francia, Italia, Germania, America, Gran Bretagna) che sono ricorsi al metodo sperimentale, si può ritenere come dimostrata per il vaccino di Calmette l'efficienza, beninteso non assoluta, ma soltanto relativa, anche di fronte *al contagio naturale* costituito dalla coabitazione: su questo punto si può dire raggiunta, se non proprio una unità di vedute perfetta, almeno un accordo di massima in questo senso che la maggior parte degli sperimentatori conserva in seguito alla verifica fatta sui vitelli, un atteggiamento di benevole attesa, e solo qualcuno invece più scettico, come l'Uhlenhuth, preconizza il fallimento ulteriore del metodo di fronte alla prova del fuoco cioè al suo compito pratico di infrenare la tubercolosi nei bovini, nelle vacche sopratutto, durante tutto il restante corso del loro sfruttamento economico, che va dal 3° all'8° anno di vita.

Su questo punto, sulla rispondenza o meno del B.C.G. nel periodo dello sfruttamento dei capi lattiferi nemmeno noi allo stato attuale delle nostre prove, siamo in grado di dare una risposta esauriente. Tuttavia qualche indizio ottimistico sembrerebbe profilarsi nella complessità dell'intricato problema, che abbiamo messo a fuoco. Non è ancora abbastanza per essere designato come elemento chiarificatore ma è qualche cosa come un avviamento verso la chiarificazione.

La chiarificazione verrà gradatamente man mano che i nostri capi vaccinati, i più anziani dei quali hanno or ora compiuto il settimo anno di età, finito il loro compito economico, verranno abbattuti e saranno sottoposti ad accurata necroscopia. Nell'attesa non vi è altro mezzo di orientamento che cercare di spigolare un po' tra i referti necroscopici degli animali che per una ragione o per l'altra sono abbattuti anzitempo.

Perchè — è bene ripeterlo a sazietà — l'altro mezzo sovrano per svelare la tubercolosi, cioè la prova della tubercolina, non è applicabile ai vaccinati in quanto che questi reagiscono positivamente ad essa già per il fatto stesso di ospitare i bacilli bovini attenuati loro inoculati con la vaccinazione, mentre i non vaccinati danno invece reazione positiva in ragione dell'attecchimento in essi dei bacilli bovini virulenti penetrati dall'ambiente.

Nella nostra spigolatura dobbiamo pertanto o rinunciare alla prova della tubercolina o acconciarci a stabilire *un raffronto tra i risultati della tubercolina sui non vaccinati e i referti necroscopici raccolti sui vaccinati.* Oltre a questa irregolarità di servirci di due diversi mezzi di valutazione, siamo obbligati a commetterne un'altra, di paragonare cioè i risultati della tubercolina desunti da migliaia di prove con quelli delle nostre necroscopie che sono invece appena centinaia.

Con tutte le riserve imposteci da questi arbitrî tuttavia non può non colpirci il divario nelle percentuali degli esiti positivi, che corre tra i vaccinati e i non vaccinati, non solo per i vitelli ma anche per le manzette di 2 o 3 anni d'età. Nelle stalle della provincia di Brescia, colpite dalla tubercolosi in proporzione certo non maggiore delle zone dove l'Istituto Vaccinogeno Antitubercolare esplica la sua maggiore attività, un vasto esperimento di tubercolinizzazione compiuto dal prof. Cominotti e dal dott. Ubertini di quella stazione sperimentale ha permesso di stabilire le seguenti percentuali di reazioni positive: 24 % a un anno, 25 % a 2 anni, 44,93 % a 3 anni, 52,38 % negli anni successivi e oltre il 10° anno.

Di fronte a queste cifre di morbilità tubercolare rivelatici dalla tubercolina le nostre necroscopie sui vaccinati segnalano invece il rilievo di lesioni tubercolari in una percentuale dell'1,4 nel primo anno di vita, del 7,6 nel secondo e del 22,7 % nel terzo anno di vita.

Le prove tubercoliniche segnalano dunque nei non vaccinati risultati positivi che vanno dal doppio a multipli di quelli riscontrati per l'età cor-

rispondente nelle necroscopie dei nostri vaccinati: indizio, indizio soltanto di una probabile persistenza della refrattarietà alla tubercolosi tra questi ultimi anche quando si inizia per loro la fase dello sfruttamento economico contrassegnato anche in essi come nei non vaccinati da un balzo nella diffusione della tubercolosi, il quale tuttavia rimane a metà costa (22,7 %) in confronto dei non vaccinati (44,9 %). Questo distacco, quando fosse mondato dal suo difetto di origine della insufficienza cioè del numero di autopsie, difficilmente potrebbe trovare la sua spiegazione unicamente nella maggiore sensibilità della prova tubercolinica sottocutanea impiegata, perchè sarebbe azzardata la tesi che quest'ultima segnali multipli sia pure soltanto il doppio, di risultati positivi rispetto alla necroscopia; e dovrebbe piuttosto essere attribuito, in parte almeno, al rifornimento della refrattarietà vaccinale grazie alle rivaccinazioni.

Dalle nostre spigolature parrebbe anche emergere un altro elemento che, se confermato, potrà forse servire come pezza d'appoggio della minore facilità da parte dei vaccinati a contrarre l'infezione tubercolare: vale a dire il *riscontro del focolaio primario*, che di solito è appannaggio dei giovani animali, *in un'età più avanzata*.

La navicella della vaccinazione antitubercolare con bacilli vivi nei bovini, varata da Angiolo Maffucci, punta dunque la sua prora intrepida verso il porto, dove sorretta dalle poderose fondamenta sperimentali potrà finalmente gettare l'àncora.

Non è pileggio da picciola barca
Quel che fendendo va l'ardita prora
Nè da nocchier ch'a sè medesmo parca

* * *

Infatti sul problema della vaccinazione dei bovini si innesta l'altro di ancor più difficile soluzione, della premunizione dei neonati per bocca. Le difficoltà ripetono la loro origine anzitutto dalla somministrazione orale che viene a prendere il posto della iniezione sottocutanea quale si pratica nei vitelli, e dalla diversità dell'elemento contagiante contro il quale in primo luogo preme di difendere il neonato, dato che il bacillo tubercolare infettante per il bambino è in prevalenza il tipo *umano* mentre il B.C.G è sempre lo stesso, cioè un bacillo di tipo *bovino* attenuato.

Per quanto concerne il valore protettivo del B.C.G. somministrato per bocca, siamo stati noi i primi a fornire la prova che facendolo ingerire ai vitelli nei primi giorni di vita si può conferire loro, a seconda della dose, una maggiore resistenza e anche la refrattarietà assoluta saggiata con la prova della coabitazione con vacche a tubercolosi aperta, nella quale i non vaccinati invece contraevano regolarmente l'infezione. I nostri esperimenti sono stati poi confermati così che si può dire che il metodo sperimentale fa apparire infondato il dubbio avanzato da alcuni pediatri che nell'organismo dei neonati il vaccino di Calmette non riesca ad attraversare la mucosa gastro intestinale. Manca invece un bel esperimento ineccepibile dirimente circa l'attitudine del B.C.G. somministrato per bocca a difendere contro il bacillo della tubercolosi *umana*, perchè la dimostrazione non può esserne fornita sul vitello data la refrattarietà naturale di questo al tipo umano. Fra gli esperimenti sugli animali che parlano in favore dell'immunità così detta crociata, a seguito della iniezione sottocutanea del B.C.G., mi piace ricordare quelli del mio assistente prof. Nai, il quale nel cane vaccinato ha potuto effettivamente osservare la refrattarietà saggiandolo con una prova virulenta, che nel cane non vaccinato determinava una tubercolosi generalizzata.

Il metodo sperimentale con le prove di laboratorio ha dunque cercato ed è riuscito a ottemperare alle premesse preliminari che autorizzano il suo impiego per la premunizione dei neonati.

Il tentativo fatto per primo in Italia dal dott. Pontiggia di far beneficiare i neonati umani del presidio vaccinale come pure l'opera di sondaggio prima, di propaganda poi, svolta dall'Istituto Vaccinogeno Antitubercolare appaiono dunque oggi più che mai pienamente giustificati, perchè le obbiezioni mosse al metodo sono state man mano che venivano formulate ribattute sottoponendole al vaglio sperimentale.

Perchè mai allora, vi sento mormorare, le vaccinazioni nel campo umano iniziate sotto così lieti auspici a Vittorio Veneto, se non si sono proprio arenate, hanno certo subito in questo, come negli altri centri di vaccinazione, un vero ristagno?

Egregi colleghi, se io ho accettato l'invito a venire a parlare delle vaccinazioni antitubercolari qui dove sei anni or sono esse parvero iniziare la loro marcia vittoriosa, io ho obbedito al dovere di mettere bene in chiaro che del ristagno non è responsabile il metodo, il quale nei sei anni trascorsi dalle prime vaccinazioni qui realizzate dai colleghi Pontiggia e Marcer ha dimostrato anzi vieppiù di poggiare su basi sperimentali granitiche.

* * *

Esaminiamo dunque pacatamente le ragioni per le quali esso non si è fatto largo nel campo umano, mentre nel campo zootecnico la sua marcia ascensionale non ha subìto arresti, come è dimostrato luminosamente dalle cifre crescenti anno per anno delle dosi di B.C.G. distribuite per uso veterinario cioè per le vaccinazioni e rivaccinazioni dei bovini.

Anno	1925	208
»	1926	1.353
»	1927	2.909
»	1928	2.934
»	1929	4.509
»	1930	10.228
»	1931	14.535

Egli è che gli agricoltori, specie nella bassa Lombardia, dove esistono allevamenti di bovini in grande stile per l'annuale rimonta delle bergamine, hanno potuto constatare coi propri occhi i benefici effetti della vaccinazione. Mentre l'Istituto Vaccinogeno Antitubercolare deve almanaccare per fornire la documentazione precisa numerica della minore diffusione della tubercolosi tra i vaccinati, gli agricoltori che li seguivano si può dire giorno per giorno, andavano formandosi una convinzione propria sull'attività della pratica vaccinale vedendone, anche nel confronto coi non vaccinati, l'influenza favorevole sullo sviluppo e la maggiore resistenza di fronte alle morìe.

I giudizi degli agricoltori sulle vaccinazioni sono consacrati nelle loro risposte alle domande rivolte ad essi in un'inchiesta promossa dal presidente dell'Istituto Vaccinogeno Antitubercolare, Sileno Fabbri.

Orbene le nostre ricerche di laboratorio hanno messo in luce che il B.C.G. agisce esercitando prima come un richiamo sui microbi patogeni e scatenendo poi contro di essi, agendo come stimolo flogogeno, le riserve difensive dell'organismo: fenomeno che noi abbiamo designato col nome di anacòresi e che oggi anche in Francia è riconosciuto come il fattore determinante la maggiore resistenza generica dei vaccinati contro le insidie dell'ambiente.

Per noi l'aver messo in luce l'intimo meccanismo dell'azione del B.C.G. è ragione di particolare soddisfazione, perchè i nostri rilievi vanno gradatamente inquadrando nell'anacòresi anche la presunta azione specifica del vaccino di Calmette riferendola ad un richiamo da lui esercitato sui bacilli tubercolari e alla successiva distruzione loro, alle due fasi cioè dell'anacòresi che si esplicano di fronte a tutte le micelle elettronegative: di modo che gli effetti vaccinali sono venuti poco a poco a far parte del novero degli attributi biologici del processo infiammatorio attizzato dall'introduzione del B.C.G.

Da un punto di vista pratico però gli effetti tangibili del vaccino ci hanno propiziato l'animo degli agricoltori, i quali vanno sempre più familiarizzandosi con la pratica vaccinale il che spiega la crescente richiesta di vaccino per uso veterinario. Questo stato d'animo favorevole degli agricoltori si è manifestato in tanti modi: col mettere a nostra disposizione animali, locali, foraggi, personale, insomma tutto quanto ci occorreva per poter saggiare sia con la prova virulenta che con la coabitazione l'efficacia del B.C.G. tanto per via sottocutanea che per bocca nei tre esperimenti di Cascinazza; col cederci gratuitamente i capi per le necroscopie che da principio si erano rese necessarie per respingere l'accusa che il B.C.G., anzichè premunire, desse addirittura la tubercolosi. Questi sentimenti dei primi vaccinatori, il cav. Allevi e il sig. Adolfo Forni che si sono comunicati, — nei raduni di agricoltori e veterinari organizzati per visitare le loro aziende e constatare i risultati delle vaccinazioni — agli allevatori delle zone confinanti del Pavese che detiene il primato e a quelli delle provincie vicine, hanno poi trovato altre due espressioni assai simpatiche una il 13 gennaio u. s. nella assegnazione fattaci dalla Federazione degli agricoltori della provincia di Pavia di una medaglia d'oro, un'altra il 25 gennaio nel gesto veramente commovente dei predetti signori Allevi e Forni di lasciarci abbattere due lattifere vaccinate e una non vaccinata, — tutte e tre di sei anni, vicine dunque al termine della loro vita economica — nell'esame necroscopico delle quali l'efficienza del B.C.G. ha trovato un nuovo battesimo, in presenza delle superiori gerarchie tecniche nonchè dei rappresentanti (in seno al nostro Consiglio d'amministrazione) del Ministero dell'Interno e dell'Agricoltura, del Comune di Milano e di altre autorità. I vincoli che ci affratellano agli agricoltori e ai veterinari nella campagna contro la tubercolosi bovina si sono rinsaldati, oltre che coi raduni, con la solenne cerimonia di consegna ad agricoltori e veterinari, di medaglie d'oro, d'argento, di bronzo e di diplomi di benemerenza, fatta il 1° novembre u. s. dal nostro presidente in presenza del Prefetto di Milano, del Viceprefetto di Pavia e delle altre superiori gerarchie.

Premio ben meritato questo, perchè senza la volonterosa collaborazione degli agricoltori e dei veterani, il metodo sperimentale non avrebbe potuto raccogliere, sul tema del B.C.G. la larga messe di dati sperimentali, quale ve l'ho prospettata. A ragione infatti è stato detto che gli sforzi per arginare la tubercolosi bovina sono coronati da successo o cadono nel vuoto a seconda che sono o meno secondati dagli agricoltori.

Grazie alla volonterosa collaborazione loro, fiancheggiata dall'opera fattiva dei veterinari provinciali mobilitati dalla Direzione della Sanità pubblica e di quelli comunali e consorziali che hanno nella grande maggioranza mostrato di intendere l'importanza economica-sociale dell'azione avviata dal nostro Istituto si è potuto dimostrare che la vaccinazione antitubercolare con bacilli vivi risponde, non solo al postulato dell'innocuità, ma anche agli altri requisiti richiesti dal metodo sperimentale.

Ricapitoliamo brevemente: in un primo esperimento a Cascinazza in Lomellina e in un altro condotto parallelamente al mercato bestiame di Milano è stato dimostrato che i vitelli vaccinati resistono alla prova virulenta dell'iniezione endovenosa di bacilli tubercolari bovini, ai quali nello spazio di un mese sono soccombuti presentando un classico quadro di tubercolosi generalizzata i non vaccinati. In un secondo e terzo esperimento istituito ancora a Cascinazzo i vitelli vaccinati nei primi giorni di vita hanno mostrato una resistenza non assoluta ma relativa — cioè dipendente dal grado di associazione con altre infezioni concomitanti, l'actinomicosi, e dal quantitativo di vaccino introdotto, sia che questo fosse iniettato sottocute alla giogaia sia che fosse somministrato per bocca col latte — nella coabitazione con vacche colpite da tubercolosi aperta infettante al punto che i controlli non vaccinati erano più o meno tutti contagiati. Nel grande esperimento vertente su migliaia di capi sono state poi messe in luce:

1) la resistenza generica dei vitelli alle malattie spiegata dal fenomeno dell'anacòresi;

2) la riduzione della morbilità alla tubercolosi desunta dal raffronto fatto non solo nei vitelli ma anche sulle manzette di tre anni tra l'alta percentuale di reazioni positive alla tubercolina riscontrate nei non vaccinati e la percentuale molto più bassa di lesioni tubercolari constatabili alla necroscopia dei vaccinati, divario che, a giudicare dagli abbattimenti delle vacche di 4, 5 e 6 anni, più scarsi finora di numero, sembra persista anche durante il periodo ulteriore di sfruttamento delle lattifere.

* * *

Così, pur essendo assai diverso l'ambiente e più delicate le responsabilità, l'avviamento della premunizione dei neonati, dipende in ultima analisi dell'atteggiamento dei clinici, dei medici, delle opere assistenziali, dei consorzi antitubercolari e dell'opera nazionale per la protezione della maternità e dell'infanzia in prima linea, ai quali spetta la sua inserzione nell'armamentario della crociata antitubercolare bandita dal Duce.

Finora, forse perchè non pienamente a giorno del corredo sperimentale di cui dispone il B.C.G., i sanitari non hanno superato peranco una certa

perplessità e concentrato sulla premunizione l'attenzione che essa merita: nelle loro riunioni quando sono stati formulati dei voti e organizzate delle conferenze, erano immancabilmente in favore di vaccini antitubercolari, che, giudicati coi criteri della medicina biologica ed alla stregua delle prove prodotte col metodo sperimentale non appaiono meritevoli delle simpatie che sembrano godere in seno a quei consessi.

Non occorre avere una particolare competenza in materia vaccinale per comprendere come il privilegio concesso così ad un determinato metodo, in contrasto colle risultanze sperimentali, non giovi al prestigio della causa vaccinale e si risolva in un danno per il B.C.G., che viene a trovarsi in una posizione falsa. Più giustificati ci sarebbero parsi: o una linea di condotta, di riserbo assoluto finchè fosse chiuso il ciclo delle prove sperimentali sugli animali, o un intervento di altro genere rivolto a vagliare i metodi prima di formulare dei voti partigiani.

Si è venuto così creando uno stato di cose insostenibile: che cioè in base a quei voti viene reclamata l'adozione del metodo vaccinale, in favore del quale si sono avuti quei pronunciamenti mentre d'altra parte non si vede come se ne possano poi valutare i risultati.

Quali sono infatti, oltre a quelli desunti dal cimento sperimentale sugli animali, i criteri in base ai quali si può giudicare del valore di un metodo di vaccinazione antitubercolare applicato alla specie umana? È questo il nocciolo della questione, è qui che si cela l'insidia maggiore, è qui che l'oltraggio inflitto al metodo sperimentale, che si è creduto di poter saltare a piè pari, trova il suo giusto vindice.

Necessariamente, sgombrato il terreno dall'inciampo del cimento sperimentale, arbitri nella valutazione del valore del vaccino, rimangono i criteri desumibili dalla clinica e dalla statistica.

Come possa essere fallace in tema di cura e prevenzione della tubercolosi il giudizio esclusivamente clinico si è visto a proposito del siero antitubercolare che applicato immediatamente all'uomo, senza essersi preoccupati della ricerca sugli animali nè averne in essi studiata prima l'azione, è stato dal clinico proclamato efficace in base alle sole prove sull'uomo, mentre poi le riserve avanzate tosto dal patologo, vigile assertore del metodo sperimentale, — come le avete potute desumere dai brani del discorso del senatore Pio Foà, — hanno trovato non solo il suggello sperimentale nelle ricerche di Angiolo Maffucci e Alfonso Di Vestea ma anche il generale consenso, tanto che la sieroterapia della tubercolosi ha dovuto essere abbandonata.

Ma, mi si potrebbe osservare, i mezzi più perfezionati in confronto d'allora di diagnosi precoce della tubercolosi quali l'esame radiologico, le prove tubercoliniche, ecc., non hanno forse realizzato tali progressi da consentire al clinico una più esatta valutazione?

Quale sia nella risoluzione del problema vaccinale, la potenzialità dei vari metodi, lo si può desumere dagli esperimenti di vaccinazione dei neonati compiuti da dispensari antitubercolari come a Trieste, a Vicenza, a Fiume e a Milano, dalle cliniche e scuole ostetriche a Firenze, a Bari, a Verona, dai brefotrofi a Firenze, a Milano, a Pistoia e da parte delle cliniche pediatriche a Bologna, a Torino e a Milano.

Le esperienze che contano solo qualche decina di vaccinati o hanno superato appena la cinquantina sono parecchie e messe insieme si riferiscono a molte centinaia di vaccinati, ma tuttavia da esse non si è potuto trarre altra conclusione se non che il vaccino è innocuo e che gli inconvenienti che ebbero a lamentare con B.C.G. preparato a Bologna, il Magni nel brefotrofio di Pistoia e lo Scarzella, non sono da imputarsi al vaccino, ma alla irrazionale impostazione delle prove.

Gli esperimenti di vaccinazione col B.C.G. che vertono su poco meno di cento o su parecchie centinaia di neonati controllati, sono in tutta Italia sei, comprendendovi l'esperimento fatto nel brefotrofio di Milano sui prematuri, come risulta dallo specchietto seguente:

PRINCIPALI ESPERIMENTI DI PREMUNIZIONE DEI NEONATI COMPIUTI IN ITALIA

Istituto Vaccinatore	Vaccino preparato da	Neonati vaccinati per os.	Neonati vaccinati per iniezione sottocutanea	Esami necroscopici, istologici e biologici fatti	Neonati vaccinati alla nascita e rivaccinati all'età di anni 1 1/2 circa
Clinica Pediatrica di Bologna	Istituto di Igiene della R. Università di Bologna	801	—	21	—
Dispensario Antitubercolare di Fiume	Istituto Vaccinogeno Antitubercolare di Milano	576	—	40	—
Clinica Pediatrica di Torino	Istituto Vaccinogeno Antitubercolare di Milano	177	+ 125	—	—
Dispensario Antituberc. dell'Ufficio d'Igiene di Vicenza	Istituto Vaccinogeno Antitubercolare di Milano	226	—	3	—
Dispensario Antituberc. della Società contro la tubercolosi a Trieste	Istituto Vaccinogeno Antitubercolare di Milano	97	—	22	18
Brefotrofio - Istituto Provinciale di Protezione e di Assistenza dell'Infanzia di Milano	Istituto Vaccinogeno Antitubercolare di Milano	46	+ 40	9	—

Dei due esperimenti compiuti da parte delle cliniche pediatriche quello di Torino ha dimostrato che la vaccinazione dei neonati con bacilli vivi così nella somministrazione per os come nell'iniezione sottocutanea ha per effetto di rendere di regola allergico l'organismo, laddove la vaccinazione con bacilli uccisi non provoca lo stato allergico, cioè non è in grado di mettere i vaccinati nelle condizioni di reagire alla prova tubercolinica.

Orbene *allergia e immunità* antitubercolare — secondo la dottrina di Calmette e quella della mia scuola la quale fa rientrare nell'anacòresi la maggior resistenza dei vaccinati di fronte alle infezioni in genere e al contagio tubercolare in ispecie — *non sono che due espressioni della stessa reazione dell'organismo all'introduzione dei bacilli vivi*: *allergia e immunità nell'organismo vaccinato stanno a dimostrare la proprietà da lui acquisita di rispondere con maggiore prontezza e intensità a due stimoli diversi*, cioè tubercolina e bacillo tubercolare: il processo infiammatorio acceso dalla tubercolina prende il nome di reazione allergica quello che si scatena al tentativo di attecchimento di un germe virulento è stato designato come immunità (resistenza) antitubercolare.

La positività della reazione allergica riscontrata a Torino nei vaccinati col B.C.G. da noi fornito starebbe adunque a significare anche la loro capacità di arginare l'infezione tubercolare; la negatività osservata nei vaccinati con bacilli uccisi (o quanto meno la minima percentuale di reazioni positive non superiore a quella riscontrata nei non vaccinati della stessa età) sarebbe invece un indizio che essi, di fronte sia alla tubercolina che all'infezione tubercolare, si comportano come soggetti normali. Stando ai criteri dottrinali suaccennati i bacilli uccisi non conferirebbero dunque contro la tubercolosi alcuna immunità o maggiore resistenza che dir si voglia.

La questione invece lasciata impregiudicata a Torino se l'immunità conferita dal B.C.G. sia stata sufficiente per proteggere i vaccinati dal contagio tubercolare, non è stata risolta radicalmente nemmeno con le prove compiute dalla Clinica Pediatrica di Bologna, perchè, essendo stata prodigata una particolare assistenza ai vaccinati, non si è potuto decidere se il lieve beneficio realizzato sia dovuto a quella, anzichè all'azione del vaccino; tuttavia la percentuale più bassa di reazioni alla tubercolina, riscontrata nei bambini vaccinati a Bologna con B.C.G. preparato sul posto, la quale a parer nostro è suscettibile di altre spiegazioni (diversità del saggio tubercolinico, della tubercolina, del vaccino adoperato, ecc.) è stata interpretata come segno di scarsa efficienza del loro B.C.G. somministrato per os, il che è in contrasto con le prove nostre e di B. Lange, dalle quali risulterebbe che ai vitelli, con dosi adeguate si può conferire una protezione ben salda contro il contagio offerto nella coabitazione e capace di infettare i non vaccinati.

Le prove istituite dal brefotrofio di Milano ci hanno offerta l'occasione di verificare sui prematuri il passaggio del B.C.G. nei gangli mesenterici e insieme con quelle fatte a Firenze ci hanno convinto che anche nei brefotrofi si può vaccinare senza incorrere in guai, come quelli di Pistoia suaccennati dovuti unicamente all'epidemia di pemfigo che vi infieriva. L'esperimento di Milano ha poi al proprio attivo, come le prove fatte da parte dei dispensari antitubercolari, di poter verificare gli effetti delle vaccinazioni, con un numero non indifferente di necroscopie. Sotto questo punto di vista il dispensario antitubercolare di Fiume detiene il primato assoluto con 40 autopsie su 576 vaccinati, seguito da quello di Trieste con 22 autopsie su 97 vaccinati e dalla clinica pediatrica di Bologna la quale su 801 vaccinati ha soltanto 21 autopsie.

Più che per il numero considerevole di prove fatte per l'accuratezza con cui furono seguiti i vaccinati tutti reclutati tra neonati nati da genitori tubercolotici e con essi conviventi, tra gli esperimenti avviati dai dispensari antitubercolari va menzionato quello della Società contro la tubercolosi a Trieste. Il dott. Israeli ha il merito incontestabile di avere organizzato il servizio di controllo dei vaccinati in un modo veramente esemplare fornendoci mensilmente relazioni sull'andamento dei vaccinati in vita e i referti delle necroscopie di quelli venuti a morte per altre cause salvo uno che non vaccinato in tempo utile cioè appena al 13° giorno di convivenza con la madre all'ultimo stadio contrasse la tubercolosi; di questi soltanto 5 sfuggirono ad un dettagliato esame necroscopico, mentre ben 22 furono sottoposti dal dott. Lang. ad accurate autopsie corredate da esami istopatologici e biologici. Nell'esemplare servizio vaccinale creato dal dottor Israeli, che è stato lodato anche dalla direzione della Sanità Pubblica nella relazione per il 1929, sono contemplate anche le rivaccinazioni sottocutanee, previo saggio con la tubercolina, così che Trieste ha, per l'opera infaticabile del dott. Israeli, il vanto di avere raccolto dati veramente preziosi per la pratica vaccinale.

Ora, se io fossi invitato a pronunciarmi a quale delle diverse modalità sopraelencate, con le quali è stata affrontata la valutazione del B. C. G., sia da dare la preferenza, io francamente dovrei additare come modelli quelle sorte a Trieste e a Fiume per opera di due modesti, ma valorosi e coscienziosi apostoli della lotta antitubercolare preferendole persino alla attrazzatura clinicamente perfetta di cui hanno potuto valersi gli esperimenti di Bologna e Torino.

L'encomio tributato all'opera dell'Israeli dalla direzione generale della Sanità Pubblica va inteso, penso, appunto nel senso che le modalità cioè appena al 13° giorno di convivenza con la maglio rispondono allo scopo. Certo i frutti da loro maturati sono tangibili; le necroscopie negative per la tubercolosi dei neonati venuti a morte non sono state forse il mezzo migliore per tagliar corto al dubbio sollevato che il B. C. G. potesse dare la tubercolosi? E non è forse col provvedere alla rivaccinazione sottocutanea dei bambini vaccinati per bocca, alla nascita, che si vanno preparándo di lunga mano i soggetti dai quali ci deve venire il responso se anche nell'uomo le periodiche rivaccinazioni sieno in grado di prolungare come nei bovini lo stato di refrattarietà per tutto il tempo occorrente?

Infatti in ultima istanza anche per l'uomo la prova del fuoco per la vaccinazione si potrà ritenere superata soltanto quando risulterà che i vaccinati resistono al contagio maggiormente dei non vaccinati ma, se per i bovini, la cui vita economica è relativamente breve, dopo sette anni non possiamo ancora cantare vittoria, è facile pre-

vedere che per la specie umana, se i clinici vorranno impegnarsi fin da oggi a fondo, il responso definitivo non potrà essere dato che dalla prossima generazione.

Ai posteri l'ardua sentenza, a noi il compito non facile di predisporre ogni cosa perchè essa sia fondata su elementi di giudizio il più possibile completi e rispondenti allo scopo. Riservare dunque, come l'Istituto Vaccinogeno ha sempre sostenuto, le vaccinazioni ai soggetti particolarmente esposti al contagio cioè alla prole dei tubercolotici esposta al contagio con forme aperte in prima linea degli affiliati alla cassa delle Assicurazioni sociali, come già abbiamo avuto occasione di proporre, perchè essi meno facilmente si sottrarranno alla vigilanza dei vaccinatori; seguirli per rivaccinare previo saggio con la tubercolina, quelli che sono in vita e per sottoporre, sempre che sia possibile i morti ad una accurata necroscopia. Ecco i punti cardinali che non devono mai esser persi di vista! Fuorchè a Trieste e a Fiume queste direttive non sono state adottate nè tenute presenti in nessuno degli esperimenti finora istituiti in Italia, dove a parer nostro si è incominciato a perdere la bussola incorrendo in un primo errore coll'ammettere alla sperimentazione sull'uomo i metodi di vaccinazione senza averli vagliati prima tutti col metodo sperimentale sugli animali. Bisogna perciò tornare sui propri passi sottoponendo, non alla sola prova dell'innocuità, ma anche ad un saggio della sua attitudine ad arginare la tubercolosi il materiale vaccinante che vuole affrontare il cimento più delicato cioè essere adottato per la difesa dell'uomo. Si tratta di esperimenti che non saranno espletati prima del termine di un quarto di secolo almeno e sarebbe perciò leggerezza sobbarcarsi ad essi senza avere chiesto al materiale vaccinante tutte le garanzie preliminari che il metodo sperimentale è in grado di dare. Sarebbe errore che tosto o tardi dovremmo scontare se c'cullassimo nella speranza che la statistica desunta da una applicazione totalitaria della pratica vaccinale possa sostituirsi ai responsi che ci verranno gradatamente solo con una metodica e paziente investigazione condotta mettendo in opera tutto l'armamentario della medicina biologica e clinica.

Vero è che le statistiche sono spesso in medicina quello che vi è di più elastico, di più infido, di più suscettibile a traviamenti ed a travisamenti. Perchè rinnegare le possibilità della medicina biologica e fare luce meridiana in una causa riconosciuta buona dal metodo sperimentale?

Ciò non significa già rinuncia completa a un metodo, quale è quello statistico, ma soltanto a cifre raccolte senza la scrupolosa meticolosità, che è appunto la forza propulsiva caratteristica dell'arte di sperimentare che ha per divisa il motto « provando e riprovando ».

Lasciate che sia quest'arte a pronunciare la parola decisiva su questo tema così delicato, che potrà essere risolto soltanto dall'armonica fusione dal perfetto ingranaggio della biologia e della clinica. « Forse che non è titolo di gloria del nostro secolo — lasciate che io attinga la chiusa del mio dire ancora alle alate parole pronunciate allora dal senatore Pio Foà, che deve la sua rinomanza non solo alla sua ingente produzione anatomo-patologica, ma anche al suo apostolato nella lotta contro la tubercolosi — forse che non è il titolo di gloria del nostro secolo quello di avere dato alla medicina la base sperimentale, a segno che si procede insensibilmente dal laboratorio alla clinica, dagli animali inferiori all'uomo? ». « Ma perchè la clinica svolga in pieno questa sua meravigliosa missione — lo ha riconosciuto ed ammesso nella sua prolusione quello che fino a ieri era il Clinico del vostro Ateneo ed oggi è il Clinico di Roma — occorre che tra essa e i cultori delle branche di biologia siano gettati sempre più numerosi i ponti di collegamento ».

Anche nella profilassi antitubercolare intesa come compito economico o sociale « Una stessa fiamma ci accenda, una stessa luce ci guida, una stessa aspirazione ci tormenta, che tutti fa vivere della stessa passione — facciamo qui nostre le parole del Frugoni — e mirare a vette sempre più alte e ad orizzonti sempre più vasti, perchè dall'individuo idea e sentimento dilagano e si espandono nell'amore di patria e di stirpe, che noi tutti, sotto l'impulso del Capo del Governo, sentiamo e viviamo con concentrata passione e ferrea volontà di alto destino ».

Anche per la crociata antitubercolare bandita dal Duce le campane tue, o Cadore, suonano a stormo, perchè di biondi parvoli fioriscano a te le contrade:

Udite. Un suon lontano discende, approssima, sale,
corre, cresce, propagasi;
un suon che piange e chiama, che grida, che
[prega, che infuria
insistente terribile.

SUNTI E RASSEGNE.

PATOLOGIA GENERALE.

L'influenza del freddo in patologia.

(P. E. MORHARDT. *La Presse Médicale*, 27 genn. 1932).

L'A. si è proposto di esaminare in che cosa consista l'influenza del freddo che, mentre da una parte è responsabile in un gran numero di affezioni, rappresenta dall'altra un valido ausilio terapeutico in molte malattie febbrili, abbassando la temperatura. Egli ha preso così a considerare:

1) l'azione del freddo sulla pelle e specialmente la quistione degli effetti cronici del freddo, vale a dire dei geloni e dell'eritema pervio. Riconosce una certa relazione fra questa affezione e i tubercoloidi. Il freddo agirebbe rallentando la circolazione in certe regioni particolarmente esposte, facendo quivi arrestare i bacilli circolanti nel sangue: favorirebbe così una localizzazione ma non creerebbe una malattia. Secondo altri (D'Avanzo) il freddo invece agirebbe sui fermenti cutanei attivando l'amilolisina e inibendo la catalasi, determinando così una variazione della resistenza della pelle all'infezione. D'altra parte però anche il lupus, i sarcoidi, l'angiocheratosi ed altre affezioni, tutte in rapporto con il bacillo di Koch, sono più frequenti nei paesi freddi. Così

anche la cianosi, l'acroasfissia, il morbo di Reynaud sono egualmente favoriti dal freddo. Infine l'A. prende in considerazione le orticarie a frigore successive a bagni freddi o all'esposizione al vento freddo che, come tutte le orticarie, dovendosi ridurre a un fenomeno di anafilassi, si spiegherebbe con la formazione col freddo di una dermolisina analoga all'emolisina dell'emoglobinuria;

2) il freddo e le infezioni. Basandosi su statistiche danesi l'A. nota come l'aumento della morbilità non sia nettamente stagionale nè per la pertosse nè per il morbillo e mentre la scarlattina, la difterite, le angine sono in aumento verso la fine dell'autunno e nelle prime settimane dell'anno, solo le affezioni delle vie del respiro presentano un netto carattere stagionale, essendo comprese nell'inverno fino all'inizio della primavera. Circa l'interpretazione di queste coincidenze, l'A. prende a considerare le variazioni stagionali nella composizione degli umori. Secondo Gesler il metabolismo basale sarebbe diminuito nell'estate rispetto all'inverno e questo non per un'azione diretta del freddo, ma con l'intermezzo della tiroide meno ricca di iodio e tiroxina d'inverno che d'estate. Da altra parte secondo Beckmann il sangue è più acido di primavera che d'autunno. Ma d'altra parte l'A. considera come i risultati dell'osservazione e dell'esperimento siano spesso contradditori e come nelle genesi dei fatti concorrano probabilmente molti fattori e non il solo fattore freddo, che, secondo alcuni agirebbe diminuendo l'indice opsonico, secondo altri diminuendo l'immunità e secondo altri infine la formazione di anticorpi.

Del resto tutte queste interpretazioni sarebbero secondo l'A. insufficientemente stabilite, data l'esistenza di altrettante dimostrazioni contradditorie. Per questo l'A. conviene che altri fattori oltre il freddo intervengano per favorire la recrudescenza di alcune malattie infettive nei mesi freddi. Fra questi in primo piano l'assenza di radiazioni luminose, che agirebbero sul metabolismo degli idrati di carbonio e su quello dei pigmenti, cui Rollier attribuisce il potere di rinforzare le difese dello organismo. Così pure le radiazioni ultraviolette attivano l'ergosterina associata alla colesterina della pelle e contribuiscono alla produzione della vitamina D. Del resto anche la vitamina A. che gioca un ufficio importante nella recettività, presenta marcate variazioni stagionali. Lo stesso si può dire per la vitamina C. Per questo si arriverebbe alla teoria di Stud Christiensen, per cui il dimagrimento dei tubercolosi in inverno non sarebbe che un'avitaminosi. Infine secondo altri l'inverno agirebbe sull'organismo attraverso l'umidità dell'aria, mediante fenomeni elettrici ed esercitando un'azione depressiva sulla psiche, forse capace di diminuire le nostre forze di difesa. Così l'A. conclude che a lato del freddo, l'insufficienza di radiazioni, una certa avitaminosi e probabili fattori atmosferici e psichici intervengono per spiegare le variazioni stagionali di certe malattie;

3) il freddo nelle malattie dell'apparato respiratorio. — È in queste malattie in cui il freddo sembra avere un'influenza veramente decisiva ed anche qui per quei meccanismi che già sono stati invocati per le infezioni. Si è parlato così di una vasodilatazione profonda con iperemia viscerale, consecutiva alla vasocostrizione superficiale prodotta dal freddo. Si è addotta un'esaltazione invernale della virulenza microbica. Quindi l'A. prende a considerare la quistione delle pleuriti a frigore e riconosce come oggi ne sia comunemente abbandonato il concetto. Mentre la polmonite secondo lui merita un esame speciale anche per la mancanza di un vero e proprio contagio. Cerca di spiegarne il suo rapporto col freddo ammettendo un fenomeno di choc, un disturbo umorale messo del resto in evidenza da numerose ricerche che dimostrano col freddo azioni simpaticotoniche, abbassamenti della riserva alcalina, albuminuria, ecc., fenomeni biologici tutti del resto molto generali che sopravvengono in ogni fatica ed eccesso;

4) nefrite ed emoglobinuria a frigore. — L'A. constata la contrariata quistione delle nefriti a frigore e cita anche per queste i meccanismi dello choc, della congestione viscerale, ecc. Ricorda anche l'ipotesi antica di Santoro per cui vi sarebbe ritenzione dei prodotti tossici normalmente eliminati attraverso la pelle e la dichiara di un certo interesse specie quando, dopo un notevole sforzo fisico, la pelle ha una cospicua funzione escretrice. Del resto il freddo può produrre veleni per altre vie. Il sangue circolando nei vasi superficiali nei quali la temperatura è assai bassa subisce una modificazione fisico-chimica che fa apparire delle emolisine. D'altra parte la resistenza globulare sarebbe diminuita dal freddo. Si formerebbero così delle sostanze capaci di rappresentare per il rene un sovrappiù di fatica. Del resto già da tempo è ammessa la albuminuria a frigore, talora accompagnata a cilindruria ed anche ad ematuria. In quanto all'emoglobinuria parossistica da freddo l'A. non si dilunga ricordando solo la sua manifestazione quasi esclusiva in soggetti luetici. D'altra parte l'A. riconosce come il freddo disturbi la circolazione renale e come si tenda a ritornare alla teoria della congestione o della flussione renale e ciò in base ad esperimenti praticati in giovani dai 12 ai 30 a., dei quali si immergevano le gambe in acqua a temperatura fra 0° e 6°. Tuttavia, pur riconoscendo questi risultati sperimentali, l'A. non vede netta l'analogia fra questi e ciò che si constata in Clinica;

5) l'influenza del freddo nelle algie e nei reumatismi. — Innanzi tutto l'A. prende in

esame il fatto psichico, già che è fuori dubbio che il freddo abbia su certi caratteri una azione depressiva, che può far attribuire una importanza esagerata alla minima sensazione dolorosa. Per quello che riguarda il reumatismo articolare acuto, i reumatismi cronici, l'artrite deformante l'A. è d'accordo coi più nel non attribuire al freddo un qualche ufficio etiologico. Riporta le idee di Feige e Freund per cui i dolori dei reumatici sarebbero l'espressione di una impotenza dell'organismo ad adattarsi alle modificazioni dell'ambiente. Riassumendo l'A. constata come la azione patogenetica del freddo, ammessa in Clinica, non sia stata confermata per oggi in maniera soddisfacente dall'esperimento, tranne che per alcune affezioni cutanee e si dimostra proclive ad attribuire alla carenza di sole ed alla avitaminosi un'azione netta sulle malattie della cattiva stagione.

RUBEGNI.

SISTEMA NERVOSO.

Diagnosi dei tumori temporali.

(DE MARTEL e GUILLAUME. *Le Journal. Médical français*, n. 10, 1931).

Gli AA. fanno rilevare, anzitutto, come l'esame neurologico senza l'aiuto della radiologia e della oftalmologia non riesca a localizzare più del 25 % dei tumori e come la regione temporale destra, essendo la più povera in segni neurologici, possa considerarsi come una zona muta.

Tuttavia in questa regione si riscontrano spesso voluminosi tumori che la trapanazione decompressiva alle volte fa riscontrare. De Martel nel solo mese di luglio del 1914 ricorda come abbia asportato 2 grandi tumori temporali a destra scoperti, per caso, nel corso di una trapanazione decompressiva.

L'emianopsia omonima a quadranti studiata principalmente dall'oculista Meyer nelle lesioni del lobo temporale al quale si deve tale conoscenza è stata applicata e volgarizzata dal Cushing e dall'oculista Valcker. Il volume del tumore aumentando finirà per comprimere e allora non si potrà più distinguere un tumore temporale che determina l'emianopsia omonima completa da un tumore occipitale che produce gli stessi disturbi visivi. Dopo la classica memoria del Cushing si sa che l'emianopsia al quadrante superiore o un semplice restringimento omonimo della parte superiore del campo visivo permette di localizzare la lesione nella parte più anteriore e bassa del lobo temporale del lato opposto mentre che una emianopsia omonima al quadrante inferiore o un restringimento omonimo della parte inferiore del campo visivo indica una lesione della parte alta e posteriore del lobo temporale. La perimetria dunque è di valido aiuto per localizzare un tumore temporale al suo inizio ma non è sempre applicabile.

Le convulsioni generalizzate non sono rare ma sono poco numerose e non hanno nessun valore per la localizzazione.

La crisi unciforme, descritta 45 anni or sono da Jackson, ha un grande valore per il criterio di localizzazione.

Essa consiste in una sensazione olfattiva o gustativa quasi sempre disgustosa accompagnata a delle assenze e ad allucinazioni visive.

Le allucinazioni visive sono molto frequenti e hanno quasi sempre gli stessi caratteri. Le allucinazioni complesse sono più caratteristiche dei tumori del lobo temporale mentre nelle lesioni occipitali hanno carattere di semplicità.

L'afasia di Wernicke si riscontra nei tumori temporali sin. e si accompagna all'emianopsia. Il malato quantunque possa facilmente articolare le sillabe non può dire ciò che vuole, comprende male e non eseguisce gli ordini che gli si danno. Dal punto di vista diagnostico si può confondere un tumore temporale affetto da emianopsia omonima completa con un tumore occipitale. Nei malati in cui la perimetria è impossibile si può alle volte fare diagnosi di tumore cerebellare considerando che spesso tale sindrome si riscontra nei tumori del lobo temporo-occipitale (nistagmo, andatura titubante, vertigini, atassia). Occorre sempre, per distinguere un tumore temporo-occipitale da un tumore cerebellare, praticare la ventricolografia.

T. LAURENTI.

La diagnosi precoce dei tumori della regione frontale.

(DE MARTEL, GUILLAUME e LASSERY. *Le Journ. Médical français*, n. 10, 1931).

Gli AA. fanno rilevare come tra i tumori degli emisferi cerebrali quelli del lobo frontale presentino una diagnosi difficile e spesso rimangono sconosciuti. Si sviluppano, infatti, in una zona muta a grande distanza dalle vie sensitivo-motorie, dalle vie ottiche, non determinando, per lungo tempo, che una leggera ipertensione intracranica. I tumori del lobo frontale si classificano in due grandi categorie: gli uni si sviluppano in piena sostanza cerebrale (gliomi), gli altri non agiscono che per compressione, essendo situati nelle vicinanze (meningiomi).

I gliomi sono tumori molli, infiltranti, non asportabili completamente. Il loro decorso e la loro radio-sensibilità varia a seconda della natura istologica.

I meningiomi sono lesioni circoscritte, a decorso lento, e con sintomi di non forte ipertensione. Tutti questi tumori sia che agiscono direttamente per compressione o indirettamente per infiltrazione e distruzione presentano una sindrome speciale caratterizzata da sintomi di ordine neurologico e psichiatrico. Dal

punto di vista psichico si rilevano disturbi della memoria, dell'orientamento e dell'affettività.

L'amnesia si riferisce a fatti recenti o antichi, sono frequenti i disturbi di orientamento nel tempo e nello spazio. Si riscontra spesso euforia singolare alternata con crisi di depressione. Notevole è lo stato di indifferenza nella eventualità di un intervento. Spesso si riscontrano crisi epilettiche. I segni neurologici, alle volte, sono non molto accentuati. Si è riscontrata una paresi del facciale, a tipo centrale, dal lato opposto della lesione. I riflessi osseo-tendinei sono diminuiti. Si rileva spesso deficit motorio negli arti inferiori.

I gliomi hanno un decorso rapido, la cefalea è di intensità media, il vomito è raro e tardivo, la stasi papillare si riscontra per lungo tempo discreta e predomina frequentemente dal lato della lesione. I meningiomi, invece presentano un decorso lento, alla sindrome frontale si aggiungono le manifestazioni che permettono di localizzare generalmente la lesione.

I meningiomi sopra-sellari rientrano nel gruppo dei tumori della regione ipofisaria; si riscontra atrofia ottica, stasi papillare, dilatazione dei ventricoli laterali con bloccaggio del terzo ventricolo.

All'esame radiologico la sella turcica si presenta svasata nella sua parte anteriore. I meningiomi della zona olfattiva presentano, per lungo tempo, alterazione unilaterale dell'olfatto che, spesso diviene bilaterale. La sindrome frontale e l'ipertensione intracranica e specialmente, la stasi papillare si manifestano con ritardo. Questi tumori hanno un decorso latente per lungo tempo. Occorre pensare alla eventualità di tale affezione quando ci troviamo in presenza di anosmia unilaterale e progressiva.

I meningiomi che si sviluppano a livello della piccola ala dello sfenoide hanno delle caratteristiche speciali per cui è facile diagnosticarli. Essi comprimono il lobo frontale, il forame ottico, il seno cavernoso. Determinano una sindrome frontale di una certa entità: atrofia ottica primitiva, disturbi della motilità oculare dal lato della lesione, associati a exoftalmia diretta. La radiografia fa rilevare che la piccola ala dello sfenoide si presenta ispessita.

Alcuni tumori frontali, poi, possono determinare una sindrome analoga a quella delle neoplasie della fossa cerebrale posteriore. Allora solo la ventricolografia ci potrà essere di valido aiuto. In alcuni casi le turbe mentali rappresentano il sintomo fondamentale. La diagnosi differenziale è ancora difficile quando si tratta di disturbi vascolari cerebrali in un nefritico. Solo la puntura ventricolare e la ventricolografia ci daranno dei dati esatti sulla distensione delle cavità ventricolari.

T. LAURENTI.

Amiotrofie sifilitiche.

(K. WEGSCHEIDER. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 6 novembre 1931).

Molte manifestazioni cliniche della sifilide del sistema nervoso centrale possono essere del tutto simili ai quadri clinici delle neuropatie organiche la cui etiologia è generalmente non sifilitica.

La diagnosi etiologica di tali affezioni è naturalmente di grande importanza per l'indirizzo terapeutico.

Uno dei casi più significativi di questa evenienza è quello della sifilide amiotrofica che può assumere il quadro caratteristico della sclerosi laterale amiotrofica o di una atrofia muscolare progressiva.

È ovvio che in tali forme l'accertamento della origine sifilitica muta radicalmente la prognosi.

Al riguardo l'A. riferisce un caso capitato alla sua osservazione.

Un individuo quarantenne presentava segni evidenti di atrofia dei piccoli muscoli delle mani con preponderanza a destra e corrispondentemente diminuzione notevole della forza delle mani. Contemporaneamente si rilevava esagerazione dei riflessi tendinei (più accentuata dei patellari e degli achillei e meno di quelli degli arti superiori), clono della rotula bilaterale e riflessi di Oppenheim e Rossolino positivi a destra. Mancavano del tutto sintomi bulbari. Degni di rilievo erano inoltre lievi disturbi pupillari ed una diminuzione della potenza sessuale denunziata dal paziente.

L'esame del sangue e del liquor dette referto nettamente positivo per la sifilide.

Dopo un'energica cura di neo- e miosalvarsan, di faradizzazione; massaggi e ginnastica l'atrofia dei muscoli rimase inalterata, ma si ebbe un sensibile miglioramento della mobilità e della forza delle mani.

Senza il reperto positivo del sangue e del liquor ed i dati anamnestici forniti dal paziente che dichiarò aver contratta la sifilide 12 anni prima, si sarebbe dovuta fare la diagnosi di atrofia muscolare spinale progressiva.

I casi del genere ossia di sindromi nette di sclerosi laterale amiotrofica e di atrofia muscolare progressiva di natura sifilitica sono rari.

La sifilide spinale amiotrofica generalmente si accompagna ad altri sintomi sensitivi, bulbari, ecc.

Dalla casistica fornita dalla letteratura si desume che l'affezione può assumere tre differenti tipi: 1) Tipo tabetico, nel quale oltre all'atrofia muscolare esistono disturbi ipo- ed iperestesici, atassia, abolizione dei riflessi tendinei delle estremità inferiori, altri sintomi variabili, come i disturbi pupillari; 2) Tipo spastico, con fenomeni spastici più o meno accentuati; 3) Tipo poliomielitico nel quale il sintoma essenziale è l'atrofia muscolare. La

combinazione degli ultimi due tipi costituisce la sifilide spinale amiotrofica spastica, la cui sintomatologia si avvicina a quella della sclerosi laterale amiotrofica.

La sifilide spinale amiotrofica colpisce prevalentemente il sesso maschile e senza preferenza per l'età del soggetto.

Spesso tra il contagio sifilitico e le prime manifestazioni della malattia decorre un lungo intervallo. Di regola ha un decorso cronico-progressivo. L'eccitabilità galvanica e faradica dei nervi e dei muscoli è diminuita. Per lo più si hanno fibrillazioni dei muscoli colpiti.

L'atrofia può cominciare, invece che ai piccoli muscoli della mano, a quelli della spalla o ai peronieri, o anche essere diffusa a tutte le estremità, o al tronco. Spesso le atrofie sono precedute da dolori. Mancano per lo più i sintomi bulbari, che però possono comparire tardivamente, e i disturbi vescicali e rettali.

La malattia può essere rilevata dai traumi e dagli eccessi di lavoro muscolare.

L'esame serologico del sangue e del liquor è essenziale per la diagnosi.

Accertata la diagnosi devesi procedere ad un intenso trattamento antiluetico, dal quale però non deve attendersi la guarigione completa del male. Trattandosi di alterazioni meningo-mielitiche prevalentemente irreparabili la cura può tutt'al più dare un lieve miglioramento dei sintomi in atto e un arresto del progresso del male. Dr.

Meningite basilare otogena asintomatica.

(E. Rubaltelli. *Il Valsalva*, febbraio 1932).

L'A. ha studiato 14 casi di meningite basilare otogena asintomatica, complicazione di fatti suppurativi auricolari ed illustra ampiamente questa sindrome molto importante a conoscersi.

La forma è caratterizzata dalla assenza di sintomi ben definiti e dal decorso subdolo: essa decorre silenziosa per parecchio tempo e poi esplode nell'episodio finale rapidamente fatale. In tutti i soggetti osservati dall'A. mancavano fino a poche ore prima della morte tutti i sintomi di una meningite. La temperatura era irregolare nel decorso od anche assente. Il polso era però sia pure leggermente, rallentato.

La secrezione urinaria era normale tranne una frequente albuminuria; la pressione del liquido cefalo-rachidiano era aumentata, ma il liquor era limpido e spesso asettico.

L'A. passa quindi ad esaminare i sintomi locali e generali di questi malati per vedere se ve ne siano che permettono di sospettare l'esistenza di meningite basilare.

L'esame otoscopico è molto importante: esso permette di rendersi conto della qualità e quantità della suppurazione, della sede della perforazione, dell'entità del focolaio auricolare.

La suppurazione è scarsa, densa, leggermente ematica; talvolta essa cessa all'improvviso perchè il deflusso ha preso altre vie e non per miglioramenti della affezione.

Prezioso riesce talvolta l'esame vestibolare perchè ogni fattore irritativo o reattivo endocranico produce spesso fenomeni a carico dei nervi cocleare e vestibolare.

Nei malati studiati dall'A. alla eccitazione calorica e rotatoria del sistema vestibolare fu riscontrato quasi sempre un certo grado di ipo-eccitabilità specialmente dei canali semicolari posteriori.

Sintomi generali: la cefalea in questi malati è costituita da un dolore fronto-temporale sordo, profondo, ma vivo, insistente, continuo e che non cede all'azione di nessun calmante.

Il pallore che spesso si verifica in otopazienti è sintoma importante, perchè rivela l'esistenza di uno stato torpido generale.

Incostante ed irregolare è l'andamento della temperatura: in alcuni casi elevata, in altri lieve fino a poche ore prima della morte.

Quasi costante è l'alterazione del polso, consistente in lieve rallentamento.

Di notevole importanza sono le caratteristiche del liquor: la pressione è sempre altissima e non diminuisce facilmente anche dopo abbondanti e ripetute sottrazioni.

Nei primi periodi della malattia e talora anche quasi per tutta la durata d'essa, il liquor appare chiaro, ma contro luce non è perfettamente trasparente.

L'albumina contenuta in esso è aumentata e oscilla tra il 0,40 e l'1 ‰ e si nota spesso anche la presenza di globuline. Caratteristico è il comportamento del glucosio: esso da principio aumenta, poi diviene normale e infine diminuisce assai.

Le ricerche citologiche danno una costante linfocitosi con qualche polinucleato integro.

L'esame batteriologico, nel primo e secondo periodo della malattia, è quasi sempre negativo. Anche le ricerche culturali praticate in tali periodi della affezione per i germi aerobi ed anaerobi riescono per lo più negative, mentre nel periodo terminale l'esame culturale del liquor è costantemente positivo.

I reperti anatomo-patologici di questa sindrome contrastano notevolmente col quadro clinico. In sette casi seguiti dall'A. in tutto il loro decorso fino al tavolo anatomico vi era costantemente una raccolta siero-fibrinosa, su tutta la base del cranio e sui lobi temporo-frontali, senza segni di localizzazione primitiva, nè meningea, nè cerebrale e senza usure ossee o deiscenze congenite delle superfici craniche.

L'esame batteriologico e culturale di que-

sti focolai meningei mise in evidenza una flora batterica multipla e varia.

Il trattamento di queste meningiti è medico e chirurgico.

La cura medica è sintomatica se non è stato possibile individuare il germe che ha dato origine al quadro morboso e consiste in iniezioni endovenose o endorachidee di urotropina, sieri polivalenti, rachicentesi ripetute per decomprimere; specifica se fu possibile isolare il germe e consiste in siero del germe isolato o auto-vaccino.

Ma è la cura chirurgica la sola che possa far sperare di arrestare o dominare la complicazione meningea.

Nelle otiti acute si aprirà la mastoide e si metterà l'aditus ad antrum in ampia comunicazione colla breccia ossea onde ottenere un ampio drenaggio dell'orecchio medio. Nelle otorree croniche si praticherà la radicale secondo Stacke.

In tutti i casi si esplorerà la cavità endo-timpanica per ricercare la eventuale esistenza di deiscenze congenite, usure ossee o fistole.

Nella cura di queste forme di meningite il segreto del successo sta solo nella precocità della diagnosi seguita da adatto intervento. Purtroppo mancano spesso i dati per farla od anche semplicemente per sospettare che si è di fronte ad una sindrome così grave.

VICENTINI.

RENI E VIE URINARIE.

La refrattometria applicata allo studio della funzione renale.

(A. SEILI. *Z. urol. Chir.*, vol. 30, f. 5-6).

Della lunga teoria di prove funzionali del rene non ne esiste alcuna che sia universalmente accettata: ogni tentativo dunque di portare un contributo alla importante questione appare giustificato: per questo l'A. ha cercato di determinare il valore della refrattometria, applicata allo studio della funzione renale. L'indice di refrazione sta in rapporto, oltre che con la temperatura e la specie dei raggi, soprattutto con la natura delle sostanze solute: a differenza del peso specifico di una soluzione, nel quale predomina l'importanza del peso della molecola soluta e a differenza del valore crioscopico, in cui sono di importanza fondamentale il numero delle molecole disciolte.

Dunque non esiste un rapporto tra queste varie indagini che si riferiscono a 3 coefficienti diversi.

Ma anche la refrattometria soffre di alcune limitazioni. Così ad esempio i suoi valori non possono riguardare che oscillazioni di una sola sostanza, o per lo meno di una predominante in una soluzione: altrimenti eguali valori possono esser forniti da oscillazioni inverse di sostanze differenti. La refrattometria quindi è applicabile alle urine ricavate col cateterismo bilaterale ureterale, premesso come nell'unità di tempo la secrezione renale sia eguale d'ambo i lati. Bisogna tener conto della temperatura ambiente e orientarsi sulla presenza o quantità di albumina nelle urine: è sempre bene dealbuminizzare le urine, per quanto una dose mite di albumina non influisca sensibilmente sui risultati. La presenza di indago carminio, invece disturba assai la lettura dei risultati. Dopo queste premesse è possibile sulla scorta di alcuni casi riferiti per accenni giungere alle seguenti conclusioni: 1) La RM. (refrattometria) limitata alle urine ricavate col cateterismo ureterale bilaterale e associata alle altre prove funzionali del rene rappresenta nelle affezioni renali chirurgiche una prova attendibile e fedele; 2) il dato da prendersi in considerazione è solo la differenza degli indici; 3) esiste un evidente parallelismo tra i valori della crioscopia e RM: 4) ma dalla differenza dei valori della RM, non si può dedurre siffatto valore crioscopico; 5) solo ad una differenza RM di 0,0022 e più, si può dare un valore clinico; 6) il valore RM dei 2 reni nell'unità di tempo è costante: quindi compete alla loro differenza un reale valore; 7) inadatte alle Rm, o per lo meno da circoscrivere nel loro valore, sono le urine vescicali, i residui, le ritenzioni, le urine diabetiche, le poliuriche; 8) i risultati della RM vengono influenzati anche dalla presenza di albumina, quando essa sia presente in una certa quantità; 9) la ricerca dei valori della RM va eseguita dopo aver messo il paziente a dieta secca; 10) il metodo — e questa è la considerazione più importante — si può eseguire anche con poche gocce di urina.

E. MINGAZZINI.

Sulla presenza di acido solfocianico nel sangue in condizioni normali e patologiche, specie nell'insufficienza renale.

(BECHER-HAMANN e DOENECKE. *Münch. med. Wochs.*, n. 1, gennaio 1932).

Becher aveva già osservato che durante la distillazione di sangue di uremici e per aggiunta di un acido forte si aveva sviluppo di idrogeno solforato; aveva in seguito dimostrato che tale idrogeno solforato non era preformato, ma si sviluppava solo successivamente all'aggiunta di acidi a caldo. Dato che riscaldando l'acido solfocianico con un acido minerale si ha sviluppo di idrogeno solforato, concludeva per un'abnorme presenza di acido solfocianico nel sangue di individui in uremia. Ricerche sistematiche sul sangue di individui normali e di ammalati con insufficienza renale, condotte con apposita me-

todica (dealbuminizzazione secondo Folin e Wu, titolazione iodometrica secondo Rupp e Schied), dimostrarono sempre la presenza di acido solfocianico.

L'acido solfocianico è contenuto sia nei globuli rossi che nel plasma e nel siero. Solo i valori nel plasma o nel siero dimostrarono un comportamento caratteristico per alcune malattie: in condizioni normali tali valori stanno fra 1 ed 1,8 mmg. per 100 cc. di plasma; in condizioni patologiche possono salire fino a 5-7 mmg. per cento. Non è mai stato notato un aumento dell'acido solfocianico in assenza di insufficienza renale: nell'insufficienza renale specie nella uremia vera l'aumento può essere di 3-5 volte la norma. Nessun aumento nell'ipertonia essenziale e nelle malattie renali senza fenomeni di insufficienza renale. In altre gravi malattie interne con iperazotemia si possono avere aumenti dell'acido solfocianico, non però così forti come nella insufficienza renale.

Il sangue ha il potere di scindere l'acido solfocianico; pare che questa sia una proprietà dei globuli rossi e non del plasma. Pare che il sangue abbia anche la possibilità di formare acido solfocianico. P. STEFFANUTTI.

La formazione dell'acido ossalico e la sua precipitazione renale.

(M. LOEPER, P. SOULIÉ e J. TONNET. *Acta med. latina*, sett.-ott. 1931).

Gli AA., esaminate le condizioni in cui può prodursi l'acido ossalico, riconoscono che la sua origine, nell'uomo, può essere attribuita ai fattori seguenti:

1) Introduzione eccessiva od assimilazione rallentata degli zuccheri;

2) Metabolismo difettoso e rallentato dei glucidi nei tessuti e specialmente del glicogeno;

3) Formazione endointestinale di acido ossalico a spese di certi grossi parassiti, come la tenia.

Da queste considerazioni, ne vengono i principî direttivi del trattamento e cioè:

a) Evitare gli alimenti ossalofori, come l'acetosella, il rabarbaro, i fagiolini, il cioccolato e sopprimere quelli ossaligeni, come gli zuccheri e non abusare degli alimenti muscolari, che non sono esclusivamente azotati; sotto tale riguardo, il pesce è preferibile alla carne;

b) Stimolare il fegato, quasi sempre deficiente e spesso capace di fabbricare l'acido ossalico ed incapace di distruggerlo.

c) Asettizzare l'intestino e sbarazzarlo dai parassiti se se ne trovano;

d) Accelerare la nutrizione mediante l'esercizio, i movimenti respiratori, l'introduzione di ossigeno, i medicamenti ossidanti, i raggi ultravioletti, ecc. Fra questi ultimi mezzi, il migliore è dato dall'insulina, su cui esistono significative esperienze di G. Viale ed a proposito della quale gli AA. hanno osservato un notevole abbassamento dell'ossalemia nei diabetici e nei non diabetici. L'insulina costituisce uno dei migliori medicamenti attuali dell'ossalemia, poichè essa attacca direttamente la causa, la combustione normale e regolare dello zucchero.

L'ossalemia è una malattia precipitante e si manifesta come una vera gotta, idrocarbonata, invece che urica; la precipitazione avviene spesso nel rene e probabilmente la litiasi ossalica è frequente quanto quella urica.

Dalle considerazioni esposte, derivano delle conclusioni pratiche di igiene e terapia.

L'individuo ossalemico, per evitare le precipitazioni renali, deve anzitutto evitare le forti dosi di alcalini, i quali precipitano o favoriscono la precipitazione dell'ossalato di calce nei reni. Esso deve soprattutto utilizzare le medicazioni acide, quali l'acido fosforico ed il fosfato disodico che, modificando l'acidità del mezzo, diminuiscono la precipitazione.

Sebbene l'ossalemia sia una malattia decalcificante, ogni medicazione calcare è controindicata; per impedire la decalcificazione, è utile il fosforo; consigliabile è il magnesio.

Per quanto riguarda i diuretici, sono da proscriversi la litina e la piperazina che sono alcalini, mentre è da somministrarsi l'uroformina, che dà delle combinazioni acide.

Fra gli alimenti, evitare un'eccessiva quantità di vegetali che alcalinizzano troppo le urine; purtroppo, le carni e gli zuccheri che sono acidificanti sono altresì ossaligeni; ad ogni modo, le piccole quantità di carne non sono nocive; il riso ed i cereali danno minor quantità di acido ossalico che non gli zuccheri e le pasticcerie. *fil.*

L'adenocarcinoma colloideo della cupola vescicale insorgente dall'epitelio del canale dell'uraco.

(BEGG-CAMPBELL. *Brit. J. Surg.*, 18-422, 1931).

È un esauriente studio sulla fisiologia e sulla patologia dell'uraco con speciale riguardo ai tumori in occasione del caso seguente:

Donna di 54 anni in buone condizioni generali. Tenesmo, dolori, ematurie. Stafilococci e coli nelle urine. Cistoscopicamente ulcera sanguinante con necrosi centrale e bordi prominenti. Biopsia: diagnosi istologica: adenocarcinoma.

Atto operatorio: si trova un tumore del polo superiore della vescica, in continuazione dell'uraco. L'uraco viene isolato ed escisso insieme con la volta della vescica infiltrata dal neoplasma.

Tre anni dopo: *exitus* per recidive prevesci-

cali a vescica integra. Istologicamente si dimostra trattarsi di tessuto ghiandolare maligno atipico con secrezione mucosa degli acini.

Normalmente l'uraco giace nel cavo di Retzius incluso fra fascia trasversale, peritoneo e vescica; esso forma con le 2 arterie ombelicali obliterate, un triangolo la cui punta nel bambino giunge all'ombelico, nell'adulto al ligamento di Peremeschko. Tumori di questa regione non è detto che debbano obbligatoriamente originarsi dall'uraco. Tra le alterazioni che possiamo trovare in corrispondenza dello Sp. di Retzius, possono trovarsi: variazioni nella distribuzione delle arterie ombelicali, malformazioni dell'uraco.

L'uraco si divide in tre porzioni: sopravescicale, intramurale (intramuscolare) e intramucosa, con (in 1/3 dei casi), continuità del lume. Questa apertura, quando esista, può essere a forma di diverticolo, può giacere sulla punta di una ampia papilla. Una rara varietà è rappresentata dalla assenza dell'uraco. In questo caso la vescica raggiunge col suo cavo l'ombelico. Fra il normale e questo estremo, sono naturalmente rappresentati tutti gli stadi intermedii.

I tumori dell'uraco si possono classificare anatomicamente a seconda della porzione di uraco da cui si originano, oppure istologicamente.

Su 44 casi raccolti dall'autore nella letteratura, 3 sono fibroadenomi, 4 semplici adenomi, 19 adenocarcinomi colloidi, 8 tumori misti, 4 fibromi e miomi, 6 sarcomi. Se si considera l'origine topografica, si vede che su 29 tumori intramurali, 19 sono adenocarcinomi colloidi.

I tumori della parte intramurale dell'uraco si differenziano da quelli della vescica perchè gli adenocarcinomi della vescica si originano dall'epitelio ghiandolare della mucosa, sono generalmente peduncolati e solo in uno stadio avanzato infiltrano lo strato muscolare.

Gli adenocarcinomi della porzione intramurale dell'uraco si dividono in due gruppi: 1) Tumori la cui porzione più elevata che dalla parte superiore della vescica si spinge nell'uraco, è incapsulata mentre la parte vescicale è non incapsulata ed in immediato contatto con gli strati della parete vescicale. Tali tumori rimangono lungo tempo soprapubici, e solo in un secondo tempo invadono la vescica. Al 2° gruppo appartengono le forme più maligne ma più rare che si trovano quasi esclusivamente nella parete della vescica senza delimitazione. È da notare come anche in queste forme il tessuto atipico non è a contatto con l'epitelio vescicale. La grossezza di tali tumori è varia, da una noce fino a una testa di bambino. La consistenza è cistica. La parte periferica è a contatto con il peritoneo che qualche volta invadono. Nel corso dell'evoluzione, la parte superiore, uracale del tumore, si sclerosizza e giunge talvolta fino alla calcificazione. Lo stroma invece mostra un sempre maggiore contenuto mucoso. La muscolaris, della vescica si trasforma, nel corso dello sviluppo del tumore, in tessuto fibroso. L'epitelio del neoplasma consta di cellule caliciformi cilindriche che contengono muco in diversi stadi di formazione. Spesso l'epitelio è polistratificato. Manca una membrana basale. Abbondanti sono le emorragie. Pure assomigliando il quadro istologico con quello del carcinoma del retto, è possibile una differenziazione. Mentre nel carcinoma del retto le formazioni cellulari mantengono lungo tempo il loro aspetto originario, nel nostro tumore, gli elementi epiteliali vengono assai per tempo compressi e alterati dalla ricca secrezione colloide. Una gran parte delle cellule vengono compresse ed alterate, prima che abbiano raggiunto la loro differenziazione in cellule caliciformi. L'assenza di una membrana propria è già stata menzionata.

I tumori dell'uraco danno luogo a sintomi molto tempo dopo dei veri tumori della vescica. Solo negli stadi avanzati perforano la parete vescicale dando luogo all'insorgenza di una sindrome urinaria. Molti casi sono venuti all'autopsia in uno stadio di notevole grossezza, mentre i sintomi clinici non datavano che da poco tempo. Il quadro cistoscopico è vario.

Nella letteratura si trovano descritte tumefazioni e incavature della parete, ulcerazioni a bordo stringente, formazioni papillomatose, aperture della volta della vescica con secrezione mucosa. In ogni caso è consigliabile una biopsia.

Per la diagnosi differenziale vengono in argomento: tumori veri della vescica, tumori del dotto onfalomesenterico, cisti da echinococco, ascessi paravescicali, teratomi e cisti del cavo addominale, endometriomi.

Per lo più sono colpiti uomini al di sopra dei 40 anni, e più frequentemente uomini che donne.

Terapia: escissione del tumore. Esito postoperatorio cattivo. Una sopravvivenza di 2 ½ anni è già da considerare come eccezionale.

I tumori epiteliali giacciono più vicino alla vescica, invece quelli connettivi prediligono i tratti più alti dell'uraco.

La 2ª parte del lavoro si occupa dell'epitelio dell'uraco, e sulla sua trasformazione in adenocarcinoma.

L'uraco, la volta vescicale, e il retto derivano embriologicamente dalla cloaca comune.

Dopo l'insorgenza del setto urogenitale, l'epitelio che riveste la vescica si trasforma in epitelio piatto. Quello del retto in epitelio cilindrico. Quello dell'uraco mantiene il suo carattere indifferenziato. Tuttavia prevale l'impulso endodermale nelle sue possibilità di sviluppo, cosicchè nei casi di crescita blastomatosa, prevale l'indirizzo adenomatoso con formazione di colloide, come nel Ca. del retto.

Ciò avviene, come si è visto, assai raramente, mentre relativamente frequenti sono nell'uraco delle piccoli cisti riconoscibili solo microscopicamente e a contenuto colloide.

Il lavoro chiude con una dissertazione sullo sviluppo e istogenesi dell'epitelio dell'uraco ed è accompagnato da numerose figure.

A. CALÒ.

Un caso di metastasi carcinomatosa nella vescica.

(G. BODON. *Z. Urol. Chir.*, vol. 31, fasc. 1-2).

Le metastasi carcinomatose nella vescica rappresentano certo una delle più grandi rarità se non si rinvengono neanche ricordate nelle grandi statistiche sui cancri e sono appena menzionate in alcuni libri di testo. Nel caso in questione si trattava di una donna di 48 anni, nella quale, 5 anni dopo un intervento per un carcinoma solido della mammella sinistra, si era presentata una modesta recidiva regionale, e i segni di una emorragia cerebrale associata ad una progressiva debolezza cardiaca. Alla morte, avvenuta dopo poco, oltre riproduzioni trovate nel fegato, nella surrenale sinistra, sul cranio, nel femore destro, prescindendo da un focolaio emorragico cerebrale, e una degenerazione grassa del cuore, furono trovate: infiltrate neoplasticamente le glandole peritracheali: quelle del polmone e tutte le altre disseminate sul decorso dell'aorta. Le glandole ipogastriche, apparentemente normali, furono trovate anch'esse, microscopicamente, infiltrate dal carcinoma. Ma il reperto più interessante fu quello della vescica, nella quale, oltre la presenza di una cistite cistica, furono osservati numerosi nodi metastatici, senza che, al di fuori di essa, nel bacino, vi fosse traccia di altre metastasi. Esistono, come è noto, 3 vie per la riproduzione della metastasi nella vescica, e cioè: 1) la via ematogena; 2) la linfatica; 3) quella per contiguità del peritoneo.

Nel caso attuale potevano venir tratte in campo le prime due vie, e la decisione fu perciò lasciata all'indagine istologica. In vicinanza delle metastasi vescicali, dunque, i capillari sanguigni furono trovati pieni di sangue, i linfatici, invece, infarciti di cellule neoplastiche: le metastasi vescicali rivestivano il tipo di un carcinoma alveolare.

Dunque la via seguita dal carcinoma fu una linfatica retrograda: ed il caso è tanto più interessante, in quanto che le ovaie furono trovate libere dalle metastasi di Krukenberg, le quali, come è noto, possono spesso accompagnarsi a disturbi vescicali: pollachiuria, urine torbide, tenesmo, incontinenza. Tutti questi sintomi nel caso presente erano mancati, e ciò deve indurre per l'avvenire a ricercarli, anche in assenza di qualsiasi fenomenologia.

E. MINGAZZINI.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA.

ALBAN KÖHLER. *Röntgénologie: les limites de l'image normale et les débuts de l'image pathologique* (trad. francese G. MAYER). Vol. in-4°. Delachaux et Nestlé, Neuchâtel. Franchi svizzeri 50.

Presentiamo con vero piacere questa traduzione in francese del classico trattato di Köhler, pur avvertendo che tra giorni uscirà una traduzione italiana del prof. Alberti.

Il libro di Köhler, infatti, si può considerare come indispensabile nella biblioteca del radiologo specialista, di grande utilità per il medico generale. È il frutto d'un lungo e costante lavoro d'un osservatore di larghissima esperienza, in un campo fra i più indaginosi della diagnostica radiologica.

È specialmente nella radiologia dello scheletro che noi riscontriamo in numero veramente notevole immagini di pure varietà, o dovute al solo gioco delle sovrapposizioni che a prima vista — ad un esame non del tutto approfondito — possono essere scambiate per vere e proprie lesioni. Ed esistono poi nella zona intermedia fra il normale e il patologico altre immagini (dissimili da quelle dei quadri normali che l'anatomia radiografica c'insegna a conoscere) di fronte alle quali anche il più sperimentato esita, trova difficoltà, deve riflettere per non incorrere in gravi errori. Basti por mente, ad esempio, alle anomalie di sviluppo per ritardo, difetto, arresto, alle modificazioni permanenti che queste generano, le quali tutte possono a volte dare una sintomatologia radiologica simile a quella di lesioni anche gravi, d'origine infettiva, neoplastica, tossica, ecc.

Tutti questi casi l'A. ha esaminato, approfondito, sviscerato, risolto, ampliando il suo campo d'indagine via via che si moltiplicavano le conoscenze della radiodiagnostica (poi che, è bene rammentarlo, la I^a edizione di questo trattato risale al 1910, agli inizî cioè, o quasi, della radiologia), e contribuendo con la sua opera veramente preziosa e del massimo interesse, all'educazione di numerose generazioni di radiologi.

Un solo appunto si può fare. Le odierne traduzioni sono state fatte dalla V^a edizione tedesca del 1928. Ora in 4 anni la radiologia ha raggiunto ancora notevoli conquiste, ha moltiplicato le sue possibilità d'indagine. Perciò chi scorre il nostro libro trova in numerosi capitoli gravi manchevolezze.

La colecistografia e la pielografia (sia ascendente che discendente) non vi sono, ad esempio, trattate affatto; e oltre a queste che ormai hanno acquistato un'importanza di primo ordine, manca ogni trattazione della broncografia, dell'uterosalpingografia, della ventricolo e mielografia, del pneumoperitoneo, del-

l'arteriografia, della pneumoartografia, dell'epato e della splenografia, ecc.

Così pure il capitolo riguardante il cranio trascura quasi completamente di considerare le immagini, che si ottengono mediante la proiezione assiale, che in questi ultimi anni ha fornito sempre più dati preziosi alle indagini.

E nel capitolo dello stomaco e del colon non si accenna quasi neppure ai metodi con piccolo riempimento per l'indagine delle pliche. Così vediamo la trattazione del tenue ridotta a poco più di 10 pagine e quella di tutto l'apparato genito-urinario a meno di 15.

Tutto questo però non infirma la poderosa opera di Köhler: basterebbero sempre a farla rimaner viva i soli capitoli riguardanti l'apparato scheletrico (267 pagine) che rimarranno sempre della maggiore utilità, anche se gli altri, che pur contengono notevole ricchezza di notizie, dovessero via via dai nuovi perfezionamenti di tecnica e di istrumentario venir superati.

Il volume, nella veste attuale, consta di 590 pagine, con 324 figure fra schizzi e radiogrammi.

La traduzione è ben curata, e molto fedele al testo originale. GAST. MELDOLESI.

CENNI BIBLIOGRAFICI.(1)

Malattie infettive batteriche. Un vol. del *Trattato italiano di igiene* diretto dal Prof. O. CASAGRANDI. In-8° di 840 pag. con 9 tav. e 41 fig. anche a colori. Unione tip. ed. torinese, Torino, 1931. Prezzo L. 100.

Questo eccellente volume del noto « Trattato » è dovuto alla collaborazione di diversi autori la massima parte dei quali ha studiato con particolare interesse la questione che tratta. Vi troviamo considerate le seguenti malattie. Meningococcemia, febbre ondulante, piogeni (A. Alessandrini); Infezione da pneumococco (F. Pepeu); Influenza (G. Dessy); Pertosse (F. Valagussa); Carbonchio ematico, tifi e paratifi, botulismo (G. Sampietro); Dissenteria bacillare, proteobacillosi (M. Gioseffi); Colera asiatico (G. Sanarelli); Peste (P. Canalis); Actinomicosi, morva (F. Sanfelice); Tubercolosi (A. Ilvento).

Non è possibile dire particolarmente di ognuno di questi capitoli, alcuni dei quali costituiscono delle vere e complete monografie sull'argomento, che è trattato essenzialmente dal punto di vista della batteriologia, epidemiologia ed igiene, con sobri accenni alla parte clinica.

fil.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

R. NOVOA SANTOS. *Documenta pathologica. Modernos estudios sobre patologia interna.* Un vol. in-8°, di 344 pag. con 97 fig. J. Morata ed. Madrid, 1931.

L'A., che è titolare della cattedra di patologia generale di Madrid, raccoglie in questo volume alcuni dei più importanti lavori compiuti nel biennio 1929-1930 da lui stesso e dai suoi allievi. Vi troviamo studi dell'A. sull'aortite addominale, sulla sistematica delle epatopatie, sulla tubercolosi e sistema nervoso vegetativo, sulla febbre ondulante di Bang. Fra quelli di altri, ve ne sono di L. Pesador su argomenti di cardiologia, di P. Carrasco Martinez (evoluzione clinica del processo tubercolare, malaria e neurosifilide, sindrome postencefalitica unilaterale), di S. Puente Veloso sul reumatismo endocrino, ecc., un complesso di 33 lavori che testimoniano la notevole attività scientifica dell'A. e della sua scuola.

fil.

Medizinisches Seminar. Vol. IV, in-8°, di 317 pag., rilegato. J. Springer, ed. Wien, 1932. Prezzo RM. 12.

Abbiamo già dato notizia, nella recensione dei precedenti volumi, di questa buona istituzione del Collegio medico di Vienna. I partecipanti alle sedute rivolgono delle questioni a cui rispondono gli specialisti delle relative materie; si ha così il vantaggio che gli argomenti sono proprio quelli che interessano più da vicino il medico pratico e che la risposta, contenuta in limiti abbastanza brevi (da mezza a due pagine) è data da chi dell'argomento ha una conoscenza specifica.

Nel libro, tali risposte sono poi raggruppate per argomenti disposti in ordine alfabetico. Eccone alcuni esempi: *Distorsioni* (trattamento delle D. del piede, del gomito, della spalla, della mano); *Malattie cardiache* (diagnosi dei dolori alla regione cardiaca, significato del fenomeno della compressione del vago; significato e trattamento della fibrillazione auricolare; la dieta nelle malattie cardiache; la morfina nei cardiaci).

Si viene così a formare un insieme di nozioni della massima importanza per l'esercizio pratico della medicina. Un ricco indice alfabetico facilita poi le ricerche. *ju.*

L. MARANELLI. *Neozolfoterapia.* Vol. V. Istituto Editoriale Cisalpino, Milano.

Questo V volume di studî sulla terapia si divide in tre parti. La prima comprende lavori scientifici sull'azione dello zolfo in varî stati psicologici e sul metabolismo generale. La seconda comprende lavori d'interesse pratico sulle indicazioni terapeutiche dello zolfo. La terza è dedicata alla zolfopiretoterapia.

DR.

L. MARANELLI. *Sulforpiretoterapia.* Istituto Editoriale Cisalpino, Milano. L. 10.

Interessante raccolta di studî ed esperienze cliniche eseguite da varî autori tendenti a dimostrare il vantaggio della piretoterapia con lo zolfo in confronto di quella ottenuta con gli agenti infettivi. DR.

M. LOEPER e L. BORY. *Le soufre en biologie et en thérapeutique.* Edit. Doin, Parigi. Fr. 65.

Trattazione completa dell'importanza biologica dello zolfo, della sua azione farmacologica e delle sue indicazioni terapeutiche.
G. D.

A. ROMANO. *Cura naturale.* Editori Sperling e Kupfer, Milano. L. 15.

Questo libro è un'esposizione delle norme e dei precetti del naturismo, un movimento che va assumendo larghe proporzioni sopra tutto all'estero.

Esso tende a liberare l'uomo da tutto ciò che le esigenze o le aberrazioni della civiltà gli hanno imposto, riportandolo il più che sia possibile verso lo stato naturale, che, secondo i propugnatori del metodo, è il più confacente ad irrobustire l'uomo ed a preservarlo dalle influenze nocive. G. D.

GIOVANNI e WALTER GALLI. *Vivere...* Edizione Hoepli, Milano. Prezzo L. 20.

I libri di istruzione ed educazione igienica sono molti, ma pochi sono quelli che raggiungono lo scopo. Tra questi pochi è il volume compilato dal Prof. Giovanni Galli in collaborazione con il figlio dottor Walter.

Le indicazioni dottrinali sono esposte con chiarezza e sufficienza, ma con la sobrietà indispensabile per non appesantire il volume.

La parte pratica è ravvivata da esempî aneddotici che rendono più chiara l'intelligenza del testo ed incitano alla lettura del libro.

Tutta la trattazione è intonata alla praticità ed all'equilibrio, scevra d'ogni pedanteria, d'ogni esagerazione.

Tutti possono trarre profitto da questo libro davvero eccellente. Anche i medici vi possono trovare notizie e suggerimenti utili.
DR.

H. J. LAENNEC. *La guerre des Vénètes.* Editore Masson, Parigi. Fr. 20

L'autore dell'ascoltazione mediata era anche poeta.

La guerre des Vénètes è un poema eroicomico che prende lo spunto da episodî dell'insurrezione vandeana.

Il poema non era stato mai pubblicato in stampa. Questa ne è la prima edizione curata e commentata dal dottor Paul Bousquet.
G. D.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Società Medico-Chirurgica della Romagna.

Seduta del 3 aprile 1932.

Presidenza: Prof. F. GIUGNI.

Sopra un errore di diagnosi.

SOLIERI (Forlì). — L'O. presenta un operato in cui per le risultanze: dell'anamnesi (negativa prima, poi sofferenze gastriche da 6 anni con manifestazione ed accrescimento graduale di una massa all'ipocondrio destro), dell'esame ob. (enorme tumore più che altro sviluppato al quadrante superiore destro, continuità dell'ottusità con l'aia epatica, fremito idatideo nettissimo in due punti, urine del tutto normali, leggero movimento febbrile), dell'esame radiografico (spostamento dello stomaco a sinistra e dell'angolo epatico del colon in basso ed a sinistra, ombre opache informi giudicate incrostazioni della parete cistica), si fu portati ad emettere diagnosi di cisti da echinococco degenerata, sviluppata dalla superficie inferiore del fegato. L'urgenza dell'intervento per le gravi difficoltà del respiro e del circolo per lo spostamento in alto del diaframma, tolse possibilità di altri esami (eosinofilia, intradermoreazione ecc.) forse nel caso specifico non probativi.

La biopsia mostrò trattarsi di una emato-idronefrosi destra a sacche multiple, non comunicanti, capaci di 10 litri di liquido con diverse concrezioni urato-fosfatiche.

L'intervento fu praticato con taglio paramediano sopraombelicale destro: nefrectomia transaddominale, previo svuotamento, sutura della incisione posteriore del peritoneo, chiusura totale del ventre: seduta stante, taglio lombare per drenare lo spazio retroperitoneale; drenaggio riuscito vano per la sede troppo alta del tumore. Guarigione per prima. Se per diagnosi esatta si fosse seguita, per l'intervento, come indicata, la via lombare, si sarebbero incontrate difficoltà tecniche gravi.

Ulteriori rilievi su di un caso di cirrosi di Cruveilhier-Baumgarten.

GIUGNI (Lugo). — L'infermo fu presentato un anno fa alla Società Medico-Chirurgica di Bologna, e si identificava allora in lui il tipico quadro morboso che i due AA. hanno descritto, e che si intitola al loro nome.

Il quadro è assai raro e non ben definito nella sua etiologia e patogenesi, per quanto risulta dalla scarsa letteratura, specialmente francese.

Come appare dalla fotografia pubblicata nel « Bollettino delle Scienze Mediche », vol. I, maggio-giugno 1931, il malato, notevolmente deperito e anemizzato, presentava allora il quadro della cirrosi epatica in uno stadio ipertrofico, col fegato leggermente ingrandito, di consistenza alquanto aumentata, con versamento ascitico notevole. Coesisteva un ingrandimento molto più spiccato della milza che era di consistenza molto più dura. Disotto l'arcata costale, a destra dell'apofisi xifoide scendeva verso l'ombellico una grossa vena tortuosa, con diversi bozzi e ramificazioni, ed un'altra grossa vena, partendo dall'ombellico, si infossava sotto l'arcata inguinale sinistra. A livello dell'arco costale dove questa vena portale accessoria (probabilmente la vena ombellicale ri-

masta pervia) aveva origine, si apprezzava un rumore venoso intenso, continuo, che si traduceva anche in una netta percezione tattile.

Risultava nell'anamnesi che il paziente aveva contratto l'infezione celtica una diecina di anni prima. La R. di Wassermann era decisamente positiva.

Una cura intensa antiluetica ha portato un miglioramento notevole nella circolazione epatica, con la scomparsa totale dell'ascite, la diminuzione di volume e di consistenza del fegato che ora è appena debordante, e un notevole miglioramento nelle condizioni generali. Permangono immutati il volume e la consistenza della milza, e permane, benchè meno spiccata, la circolazione portale accessoria addominale col caratteristico fenomeno acustico.

Il paziente però può attendere ora alle sue occupazioni ed è abbastanza ben portante.

L'O. oltre a far notare la rarità dell'esito in guarigione di questa forma, riafferma l'ipotesi che l'origine del processo fosse dovuta ad una flebite di natura luetica interessante il tronco portale all'unione delle meseraiche con la vena splenica. In via di ipotesi illustra la ragione del permanere della splenomegalia e della circolazione portale accessoria a contrasto della scomparsa del processo cirrotico interessante il fegato.

Emiliani (Forlì). — *Su due casi di torsione spontanea del testicolo.*

Ulteriore contributo alla conoscenza del linfogranuloma inguinale venereo.

Civalleri (Faenza). — Sulla scorta di numerosi casi capitati recentemente alla sua osservazione, l'O. traccia brevemente il quadro clinico ed anatomo-istologico della linfogranulomatosi inguinale benigna (IV malattia venerea) su cui già ebbe ad intrattenersi tre anni or sono, allorchè ne segnalò per primo la comparsa in Romagna, sotto forma di un piccolo focolaio epidemico verificatosi nel 1928 a Faenza, e propagatosi poi in regioni limitrofe (Lugo, Forlì, ecc.).

Passa in breve rassegna l'ampia letteratura e i principali argomenti in base ai quali si può affermare l'autonomia, nonchè la natura infettiva e contagiosa di questa affezione di cui però l'eziologia rimane ancora sconosciuta.

Mette in rilievo la grande importanza diagnostica della intradermo-reazione proposta da Frey, la cui sensibilità e specificità rende notevoli servizi nella pratica per individuare sicuramente e abbastanza precocemente la malattia in atto, permettendone anche la diagnosi retrospettiva.

Si sofferma sull'interessante questione attualmente dibattuta circa i rapporti intercorrenti fra linfogranuloma venereo e stenosi cicatriziale del retto, ed accenna agli argomenti e ai dati di fatto accertati a sostegno dell'eziologia linfogranulomatosa di certe forme di stenosi anulare del retto.

Passa infine a trattare della terapia, ed esamina le indicazioni al trattamento medico (iodo, arsenico, antimonio, autovaccini, ecc.), radiologico, e chirurgico dell'affezione.

Capecchi (Cesenatico). — *Raro reperto di cisti da echinococco del fegato calcificata.*

Il Segretario: Dott. Paolo Galli.

Società Piemontese di Chirurgia.

Seduta del 19 marzo 1932.

Presidente: prof. M. Donati.

Blavet Di Briga. — *Un caso di tricobezoar.* — Tratta dell'estrazione di una cospicua massa di capelli femminili rinvenuta nello stomaco di un individuo, che li aveva ingeriti dieci mesi prima, con intendimento suicida.

Prof. Davanzo I. — *Gravidanza in corso uterino rudimentario ed atresico.*

Prof. Antonioli G. M. — *Sopra un caso di mammella sanguinante bilaterale.*

Prof. Camera U. — *Presentazione di un caso di piede equino varo-cavo-paralitico post-poliomelitico.* — Illustrazione critica della tecnica usata dall'O. nel trattamento chirurgico di questa deformità.

Seduta del 2 aprile 1932.

Presidente: prof. M. Donati.

Un caso raro di distensione vescicale.

Prof. Negro M. — La vescica conteneva 12 litri di urina residua; l'O. rileva il discreto benessere del p. e la mancata ripresa della minzione anche dopo l'asportazione dell'adenoma prostatico.

Esiti lontani di resezione intertrocanterica.

Dott. Ferraris V. — L'intervento fu praticato per ottenere la riduzione di una lussazione congenita dell'anca irreducibile per una abnorme lunghezza del tratto intertrocanterico. Dopo otto anni presenta attualmente coxa valga subluxans e sarà necessario praticare la ricostruzione del tetto cotiloideo.

Dott. Sacchi M. — *A proposito di un raro caso di calcolosi vescicale e uretro-prostatico.*

Prof. Donati M. — *Modello semplificato dello strumento per sezione e chiusura del moncone duodenale nella resezione gastrica.*

Villata.

Centro per lo Studio del cancro in Torino.

Seduta del 27 febbraio 1932.

La seduta riguardò specialmente comunicazioni di carattere istologico sui neoplasmi multipli in uno stesso soggetto (prof. F. Ferrero) e sul dimorfismo dei tumori (prof. G. Villata), su un caso di rabdomioma maligno e di fibromi invadenti del rene (prof. S. Colombino). Seguì poi una relazione del dott. A. Bobbio sull'associazione della tubercolosi col cancro, riguardante anche il materiale del Centro di Torino, confermando la rarità dell'associazione pur riconoscendo la possibilità dell'associazione anche nella stessa ghiandola. Il prof. Malan ha infine comunicato sul particolare inizio della sintomatologia clinica di casi di carcinoma della laringe con emorragie e fenomeni infiammatori.

C. Cipriani.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Le pleuriti da pneumotorace artificiale.

Dopo l'introduzione del pnx terapeutico di Forlanini e Dumarest, la prognosi di molte forme di t. b. c. polmonare è diventata migliore; questa pratica terapeutica è frequentemente però causa di versamenti pleurici secondari (nel 50-70 % dei casi).

Ch. Toinon (*Gazette des Hôpitaux*, n. 3-5 9 e 16 genn. 1931) si occupa diffusamente di queste complicanze del pnx.

Esse compaiono preferibilmente dal 2° allo 8° mese dall'inizio del pneumotorace; possono essere di natura benigna, tubercolare, o settica; le prime hanno decorso quasi silenzioso, e, dopo poco tempo si riassorbono spontaneamente; le seconde, o hanno andamento torpido, con scarsi sintomi fisici e scarsa temperatura febbrile, e tendono al riassorbimento, o presentano una sintomatologia più imponente, con essudato abbondante, che dev'essere ripetutamente evacuato, e che tende, o ad aggredire la pleura viscerale, o ad organizzarsi; le ultime, le più gravi, richiedono quasi sempre interventi chirurgici.

Altro incidente grave del pnx, è la perforazione polmonare, dovuta, o a diffusione alla pleura del processo specifico, o a lesione della pleura stessa procurata con l'ago.

Le pleuriti da pneumotorace possono dare come esito ispessimenti della pleura, o aderenze, fino ad una sinechia totale.

Le pleuriti benigne avranno prognosi favorevole, riservata le t. b. c., infauste le settiche e le perforazioni polmonari.

In quanto alla patogenesi si ritiene siano dovute, o a infezione settica diretta, o per via sanguigna o linfatica, oppure ai ripetuti traumi apportati alla pleura.

I rifornimenti del pnx. nelle forme benigne vanno fatti secondo le indicazioni usuali, quando il polmone accenna ad espandersi, senza evacuare il liquido, se questo è scarso, estraendolo invece quando è abbondante, o purulento.

In quest'ultimo caso, oltre alla puntura evacuatrice, può essere consigliabile l'iniezione intrapleurica di sostanze modificatrici, o il riempimento della cavità pleurica con olio antisettico, ovvero ancora, se questo si rivela insufficiente, un intervento chirurgico, sia esso pleurotomia, o frenicectomia, o toracoplastica, a seconda dei casi.

Se si è in presenza di un essudato t. b. c. che non tenda a riassorbirsi, il trattamento di elezione sarà l'oleotorace, che è anche indispensabile nei casi in cui si abbia tendenza alla sinfisi pleurica, che, se non verrà impedita, si produrrà però solo molto lentamente.

Inutile aggiungere che la più rigorosa asepsi e una tecnica delicata varranno ad evitare il formarsi in molti casi di un versamento in corso di pnx.

M. PONS.

Sul pneumotorace artificiale bilaterale.

Harms e Grünewald (*Deut. Med. Woch.*, 1, 1932) osservano che, mentre l'applicazione del pneumotorace bilaterale è da tempo entrata nella pratica all'estero (per merito di Forlanini) in Germania la prima applicazione è stata fatta nel 1923 da Harms.

Da allora anche tra i medici tedeschi si è diffusa la pratica di questo intervento che incontra però ancora dei nemici o, per lo meno, dei diffidenti.

Gli AA. esaminano il problema riferendosi sopratutto all'ultimo libro di Liebermeister e Schoop su questo argomento.

Nei casi in cui la malattia colpisce prima un polmone e poi l'altro, l'ordine delle applicazioni è ovvia; nei casi in cui ambedue i polmoni sono, contemporaneamente, colpiti, ma l'uno più e l'altro meno, allora si pratica il pneuma dal lato più colpito, giacchè è noto che anche l'altro polmone può avere giovamento.

Nei casi infine in cui entrambi i polmoni sono gravemente ammalati, è necessario praticare il pneuma bilateralmente, a distanza di 2-3 mesi da un lato all'altro, purchè non si tratti di processi puramente essudativo-caseosi; dei due lati va per il primo aggredito quello più gravemente colpito.

Gli AA. portano l'esempio di una breve casistica e concludono che l'applicazione bilaterale del pneumotorace rappresenta un reale progresso nella cura della tubercolosi.

V. SERRA.

La pressione intrapleurica nel pneumo spontaneo.

Sette casi di pneumotorace spontaneo offrono allo Stoichitza e Dinischiotu (*Archiv. méd. chirurg. de l'appar. respirator.*, 1931, n. 4), l'occasione per una serie di osservazioni che in sintesi, sboccano nelle due nozioni seguenti:

1) Esistono relazioni fra la pressione intrapleurica e le variazioni del timbro e l'intensità dei fenomeni anforo metallici.

2) La pressione endopleurica subisce caratteristiche variazioni nelle varie posizioni del malato.

Il primo punto è importante perchè investe la questione dell'origine dei rumori anforometallici (e di questi ci limitiamo al soffio anforico ed al tintinnio metallico). Ora gli AA. dimostrano che il soffio anforico dipende anzi tutto dalla pressione dell'aria che si trova nella anormale cavità pleurica. Nella maggior parte dei casi è necessario per avere un soffio

anforico, una pressione positiva: ma, contrariamente alle idee comunemente ammesse, questa sovrapressione non deve raggiungere una cifra troppo elevata, poichè, in questo caso, il soffio anforico scompare. È perciò inesatto credere che il soffio anforico sia tanto più intenso quanto più la pressione intrapleurica è positiva. Si può ascoltare un soffio anforico anche con pressione negativa e non ascoltarlo più allorchè la pressione diventa positiva.

Il tintinnio metallico, mostrano le osservazioni degli AA., non è altro che un rantolo bolloso che assume un timbro metallico grazie all'aria che invade la cavità pleurica: anche in questi casi occorre una certa pressione generale; il tintinnio metallico segue le variazioni del soffio anforico come, del resto, tutti gli altri rumori anforo-metallici che possono simultaneamente od isolatamente essere percepiti.

Per quel che riguarda la seconda questione, la pressione intrapleurica dell'aria, in rapporto alla posizione del malato, varia nei termini seguenti: si riscontra la più elevata pressione allorchè il malato è sdraiato sul lato del pneumotorace, la più debole allorchè il p. è sdraiato sul lato sano. Fatto questo da tener presente in quanto la ordinaria posizione del malato in corso di insufflazione, è sdraiata sul lato sano. Fra queste posizioni estreme si trova la pressione in decubito dorsale, più però vicina alla pressione massima, e la pressione osservata in decubito seduto più vicina alla pressione minima. Queste nozioni hanno una certa importanza nella pratica del pneumo-artificiale. MONTELEONE.

La resezione delle apofisi trasverse nel corso della toracoplastica e dell'apicolisi.

Nel 1929 Maurer pubblicò l'osservazione di un'ammalata con caverna tubercolare iuxtamediastinica non guarita dopo toracoplastica ma guarita dopo avere resecate anche le apofisi trasverse corrispondenti.

Proust e Maurer (*Bull. Mém. Soc. Nat. Chir.*, n. 28, 7 novembre 1931) fanno presente che la resezione delle apofisi trasverse presenta un'importanza notevole anche per la esecuzione della apicolisi, permettendo di scoprire il collo delle 3 prime costole, fino a livello della colonna vertebrale.

Inoltre la resezione dell'apofisi trasversa seguìta dalla sezione iuxtavertebrale delle costole permette di ottenere, quando è necessario, un collasso marcato. Le indicazioni di ordine generale che impongono la resezione delle apofisi trasverse è la presenza di caverne iuxtamediastiniche o iuxtailari.

Riportano cinque casi così trattati:

1) Caverna trattata con toracoplastica parziale e guarita con una operazione secondaria di resezione delle apofisi trasverse e e dei segmenti iuxtavertebrali delle costole; 2) resezione primitiva delle apofisi trasverse per cavità iuxtailari; 3) apicolisi con resezione primitiva delle apofisi trasverse eseguita 2 mesi dopo una toracoplastica; 4) apicolisi primitiva. Resezione larga delle 2 prime costole con le apofisi trasverse, seguita dodici giorni dopo una toracoplastica con resezione delle apofisi trasverse; 5) apicolisi primitiva, resezione larga delle 3 prime costole con le apofisi trasverse, completata 3 settimane dopo l'ablazione dei segmenti anteriori della 2ª e 3ª costola per via ascellare e nove giorni dopo con una toracoplastica posteriore e resezione delle apofisi trasverse. JURA.

Nelle emottisi leggere e persistenti.

G. Caussade e A. Tardieu (*Journ. des praticiens*, 23 gennaio 1932), oltre al riposo in letto in posizione seduta ed all'assunzione frequente di piccole quantità di bibite calde, consigliano la somministrazione di:

Estratto tebaico	cg.	*venti*
Sol. alcoolica di trinitrina al 1 %	gocce	XXX
Acqua distillata	g.	10

S. XV gocce in un cucchiaio di acqua tiepida. Ripetere eventualmente dopo due ore. *fil.*

Effetti della lunga permanenza dei corpi estranei nei bronchi.

A. Laskievicz (*Il Valsalva*, dic. 1932) osserva che il fenomeno principale determinato dal corpo estraneo che permane a lungo nei bronchi è la stenosi di questi. All'osservazione del torace, si rileva: scarsa mobilità di questo, un certo allargamento degli spazi intercostali, il che determina un tipo di respiro breve e superficiale ed, in conseguenza, un considerevole ritardo nei movimenti della metà affetta del torace, in confronto con la parte sana.

All'esame fisico si nota una certa divergenza fra i sintomi ascoltatori e plessimetrici: indebolimento dei rumori respiratori e diminuzione del fremito dalla parte lesa; respiro stenotico e bronchiale. Si ha inoltre diminuzione dei riflessi delle vie respiratorie inferiori; l'infermo si lagna di dolori tenaci al torace, di tosse affaticante, di senso di mancanza di aria nei respiri profondi e nel cammino rapido.

In conseguenza della lunga inattività dei bronchi, si hanno trasformazioni fibrose delle pareti di questi e dei tessuti peribronchiali, bronchiettasie, fenomeni reattivi da parte del tessuto polmonare, necrosi di questo.

I fenomeni variano a seconda che si tratta di corpi estranei duri o lisci (metallici) od

invece scabri e porosi; sono appunto questi ultimi che più facilmente provocano le complicazioni, come: bronchiettasie, bronchite purulenta, ascesso polmonare.

L'A. riporta con molti particolari 6 casi di sua osservazione, in 5 dei quali si ebbe la guarigione mediante l'estrazione broncoscopica dopo accertamento radiografico; in uno di questi, il corpo estraneo (monete) era rimasto per quattro anni; nel caso letale (pezzo di osso) si ebbe consecutiva bronco-polmonite-pleurite purulenta. *fil.*

SEMEIOTICA.

Ricerca della bilirubina nella pelle degli itterici.

G. Daddi (*Riv. di clinica medica*, 30 giugno 1931) usa, a tale scopo il sale sodico o potassico dell'iso-para-nitro-diazobenzolo. Lo si scioglie, nella proporzione di 1 a 200 in acqua distillata e sterilizzata, a cui si aggiunge poi una piccola quantità di acido acetico in modo da avere una soluzione leggermente acida. Appena fatta la soluzione, si procede subito all'inoculazione, introducendo l'ago in direzione parallela alla superficie della pelle dentro la pelle stessa e spingendo con debolissima pressione e molto lentamente 2-4 gocce di liquido.

Nel punto di inoculazione, si produce, nel massimo numero dei casi, un leggero ponfo di forma circolare, pallido al centro, arrossato alla periferia.

In caso di reazione positiva, compare dopo qualche tempo (variabile da pochi minuti a qualche ora) una macchia di bel colore rosa di forma circolare, in corrispondenza del punto di introduzione del reattivo. Il colore si mette bene in evidenza comprimendo la pelle con un vetro incoloro (un portaoggetti).

Dalle ricerche fatte, l'A. conclude che il reattivo da lui proposto svela la bilirubina nella cute degli itterici qualunque sia l'origine dell'ittero e ciò anche negli itterici assai lievi.

La ricerca, non soltanto non è dannosa, ma non reca nemmeno molestia al paziente; essa riesce positiva in un numero assai maggiore di casi di quella di Hijmans van den Bergh ed è meno dolorosa di questa.

La ricerca col metodo dell'A. serve bene per la dimostrazione della trasformazione del pigmento ematico in pigmento biliare, essendo positiva nella cute di individui con ecchimosi. *fil.*

NOTE DI TECNICA.

Contributo all'elettro-chirurgia.

Kirschner (*Arch. Klin. Chir.*, vol. 167, pagine 761, 1931) ha fatto costruire un ago per elettrocoagulazione che, rivestito da una sostanza isolante, è capace di portare in profondità nei tessuti e in un punto soltanto, la sua azione coagulante. Con questo mezzo ha ottenuto risultati brillanti nella cura delle nevralgie del trigemino. La punta dell'ago viene introdotta sino al ganglio come per una iniezione di alcool. Controllata la posizione si chiude per pochi secondi la corrente. Subentra subito una anestesia nel territorio corrispondente di innervazione.

La distruzione del ganglio è completa e duratura e mancano le recidive che sono la regola dopo le comuni iniezioni di alcool.

Con lo stesso istrumento si possono ottenere risultati favorevoli nella cura della ipertrofia prostatica e specialmente del morbo di Basedow quando il grado dell'ipertireosi è molto elevato. In questi casi si provocano delle zone di necrosi nell'interno dei lobi tiroidei in modo da ridurre il metabolismo basale e tutti gli altri sintomi di tireotossicosi: ottenuto il miglioramento l'applicazione della cura radicale è di prognosi di gran lunga più favorevole. P. VALDONI.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Reperti chimici del sangue nella pellagra.

H. Tscherkes (*Archiv. Schiffs.- u. Tropen-Hygiene*, febbr. 1932) ha studiato nel sangue di 16 malati di pellagra osservati in Ucraina, il comportamento dello zucchero, del calcio, del potassio, dell'azoto residuo e della colesterina.

Lo zucchero, l'azoto residuo e il potassio erano nei limiti normali; soltanto in un malato che presentava un quadro combinato di pellagra, scorbuto e carcinoma si constatò ipoglicemia. Il calcio si avvicinò ai limiti superiori delle normali oscillazioni.

Il tasso di colesterina fu trovato costantemente abbassato: si ebbe in complesso una media di 108 mg. % di colesterina. Siccome l'alimentazione unilaterale con granoturco di questi malati era caloricamente insufficiente e straordinariamente povera di colesterina, non è esclusa la possibilità che l'ipocolesterinemia costatata fosse una conseguenza non soltanto della dieta generatrice della pellagra, ma anche di una dieta insufficiente di potere calorico e contenente poca colesterina ad un tempo. Per questa ragione l'A. non si sente in grado di esprimere un preciso giudizio sulla genesi dell'ipocolesterinemia. D. LONGO.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Al dott. B. Morello, da Savona:

Oltre al Trattato del Baglioni ancora incompleto, consulti quello di Tigerstedt (Unione tipografica editrice torinese), di A. Pugliese (U. Hoepli, Milano). Un compendio recente è quello di G. Viale, Compendio di fisiologia umana, (V. Idelson, ed. Napoli).

fil.

VARIA

Aneddoti su Virchow.

Li togliamo in parte dalle memorie di un suo allievo, il prof. Carlo Ludwig Schleich, che fu per molto tempo settore nell'Istituto di Anatomia Patologica diretto dal grande Maestro.

Il ritratto. — Virchow era piccolo e di pelle giallastra, con occhi di gufo, penetranti, leggermente velati dagli occhiali; ciglia rade e palpebre sottili come carta pergamena. Il naso di taglio fine e le due narici mobili, quando Virchow parlava, esprimevano l'orgoglio ironico del loro possessore. Le labbra sottili, pallide; barba intera grigia, piuttosto rada.

* * *

Agli esami. — Un candidato infila un sacco di spropositi e continua imperterrito, senza scomporsi ai visacci del professore. Questi lo lascia tranquillamente seguitare; poi di botto gli domanda: Lei assomiglia più a sua madre o a suo padre? Il candidato sorpreso e titubante, risponde balbettando: Credo più a mia madre. E il professore: Povera donna! Vi passo per pietà di vostra madre.

Entra un altro candidato maturo di età, il quale risponde abbastanza bene a tutte le domande e dimostra di essere discretamente preparato. Alla fine, Virchow gli domanda l'origine etimologica della parola *serum*. Il candidato rimane muto; e sollecitato più volte resta ostinatamente a bocca chiusa. Virchow indispettito lo rimanda: Ritornate, quando avrete ripreso la parola!

E poichè gli altri membri della commissione esaminatrice sembravano dubbiosi della interpretazione, Virchow con fare ironico, disse: *Serum*, deriva dal latino *serus*, *sera*, *serum*, è chiaro? Ma il suo primo assistente, un testone sempre in dissidio col maestro, va a prendere una enciclopedia, e ribatte: Scusi, professore, ciò non è giusto: *serum* è di origine greca e significa la parte liquida del sangue.

Allora con meraviglia di tutti Virchow, preso nella trappola filologica, si alza, scampanella furiosamente e all'inserviente che si affaccia, dice: Riportate qui subito il candidato ora uscito, anche se doveste rincorrerlo per la strada. E così avvenne: il candidato rientra. Virchow lo fa sedere, strappa la pagella precedente, lo interroga di nuovo e lo approva col massimo dei punti; poi gli dice: Mai come ora ho avuto la prova che *la parola è d'argento e il silenzio è d'oro.* Lei oggi col suo mutismo ha dato a me una lezione e io ho imparato da lei: di ciò la ringrazio.

Il candidato stupefatto fa un profondo inchino ed esce dall'aula, accolto da fragorosi applausi dei compagni, informati dell'accaduto dall'inserviente che aveva origliato dal buco della serratura.

* * *

Diplomazia del maestro. — Un giorno Schleich sentì bussare all'uscio del laboratorio, e vide entrare in frak, con decorazioni e cilindro alla mano, un signore grassotto acceso in viso, che gesticolava violentemente, agitando le mani dalle grosse dita da macellaio; e gridava: Quale disordine esiste qua dentro nella stanza deposito dei cadaveri? Dove c'è qui qualcuno al quale possa parlare? È proprio troppo. Io vengo qui per prendere la mia buona vecchia compagna defunta per il funerale, e mi mandano in cantina: là c'è la cassa, ma che cosa vedo dentro? Non mia moglie, no; un inserviente ubbriaco, giace in mezzo ai merletti di seta, e russa; mentre la mia buona e povera compagna è lì fuori della cassa e per terra! Accidenti a tutti!

Avvertito dello scandalo, interviene Virchow che dice allo sventurato marito: io sono Virchow; Lei avrà tutte le soddisfazioni! E l'altro si presenta: Macellaio Müller, della Köpenickerstrasse. Ho già l'onore di conoscerla, professore, lei è sempre liberale, sempre per il progresso, e ho avuto spesso l'onore di sedere con lei alla tavola della presidenza alle riunioni del partito liberale.

Virchow gli dà cordialmente la mano e scende con lui nel sotterraneo. Scena indescrivibile! L'inserviente che si era ubbriacato coll'alcool destinato alle preparazioni anatomiche, russa ancora saporitamente. Coll'aiuto del dott. Schleich gettano l'ubbriaco come un sacco di patate in un angolo della camera, accomodano di nuovo la bara e vi depongono pietosamente la salma; poi il maestro dice:

— Signor Macellaio, la prego di rimandare di un'ora il funerale, perchè io devo uscire e al ritorno avrò l'onore di accompagnare la defunta alla sua ultima dimora.

Virchow di ritorno prese, ciò che di rado accadeva, una vettura, e si unì al corteo accanto al macellaio, il quale fiero di poter figurare a lato del celebre uomo, perdonò l'affronto fattogli.

La geniale diplomazia di Virchow evitò un ben grave scandalo pubblico.

* * *

Il busto del maestro. — Un giorno viene in laboratorio Giulio Cohnheim, il celebre istologo, che era in grave rottura con Virchow. Timidamente domandò al dott. Schleich di permettergli di vedere il busto di Virchow dello scultore Schaper, giudicato una vera opera d'arte. Il busto si trovava nell'aula delle lezioni al lato destro della cattedra. In quel momento interviene anche il vecchio inserviente Hübner che era il *factotum* di Virchow. Egli riconosce subito il visitatore assente da 14 anni, e rimpiange la rottura dei rapporti fra il più eletto degli scolari e il maestro. Scopre il busto e gli mette anche sul naso un paio d'occhiali per completarne di più la somiglianza e aggiunge: il busto è sempre coperto, perchè Virchow non vuol vedere *il suo cadavere* durante le lezioni, come egli dice: è lo specchio della morte. Ciò lo disturba. Vuole che dica a Rudolf (nome di Virchow) che Lei si è compiaciuto di visitarlo in effigie? Glielo dirò in modo confidenziale s'intende, non ufficioso!

Cohnheim non rispose, e se ne andò lasciando deluso il vecchio Hübner, smanioso di far da paciere fra i due.

* * *

L'humor di Virchow. — Virchow non esercitava la professione, ma qualche volta assediato da amici o conoscenti dava qualche consiglio. Si racconta che il suo avversario politico, il ben noto Windhorst del Centro Cattolico del Reichstag, accanito oppositore di Bismarck per le leggi del Kulturkampf in difesa della potestà civile contro la Chiesa, incontrando Virchow nei corridoi, gli gridò scherzosamente: Collega, mi avete consigliato una medicina troppo costosa; non è lecito sciacquare in questi tempi, e non l'ho presa. E Virchow di rimando: Avete sbagliato il vostro conto: il funerale costa più del doppio, regolatevi!

(Da « L'Igiene e la Vita », febbr. 1932).

NELLA VITA PROFESSIONALE.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI

Igiene del suolo e dell'abitato. Profilassi della febbre tifoide.

Il Ministero dell'Interno (Direzione Generale della Sanità Pubblica) ha diramato ai signori Prefetti e autorità assimilate la seguente circolare (n. di prot. 20.3000/2, in data 8 aprile 1932-X):

Prima dell'inizio della stagione calda si ritiene opportuno richiamare l'attenzione delle EE. LL. sulla necessità di intensificare i servizi di vigilanza igienica e particolarmente quelli per l'igiene del suolo e dell'abitato, sopratutto in rapporto colla profilassi della febbre tifoide, e delle altre infezioni intestinali.

All'uopo si ricordano le precedenti circolari 27 marzo 1931 (provvedimenti per la nettezza urbana e per la lotta contro le mosche) e 28 luglio 1926 (profilassi della febbre tifoide) e si fanno nuovamente presenti i punti fondamentali sui quali maggiormente occorre richiamare l'attenzione delle dipendenti autorità sanitarie.

1) Mettere in piena efficienza i servizi di nettezza del suolo e dell'abitato, nei luoghi pubblici e privati, colla razionale raccolta e smaltimento delle immondezze sia stradali che domestiche, e provvedere all'esecuzione di eventuali lavori diretti al risanamento del suolo negli aggregati urbani e rurali, impedendo lo spandimento delle acque domestiche di rifiuto, e vigilando sullo stato di manutenzione dei canali di fognatura e dei pozzi neri.

2) Intensificare l'applicazione dei vari sistemi di difesa contro le mosche, sia mediante opportuno trattamento con mezzi di demuscazione delle immondezze stesse, sia con la sistematica nettezza e la razionale difesa dalle mosche degli ambienti di produzione e di smercio dei generi alimentari, dei generi stessi esposti per la vendita, e dei luoghi di ricovero di malati di forme infettive.

3) Intensificare la vigilanza annonaria, con speciale riguardo agli alimenti che si consumano crudi, alle bibite, gelati, ghiaccio e sopratutto al latte.

4) Intensificare la sorveglianza sanitaria sugli impianti di approvvigionamento idrico (opere di presa, condutture, reti di distribuzione) e particolarmente su quelli dei minori aggregati rurali (piccole sorgenti, pozzi, cisterne) ed eliminarne le eventuali cause d'insalubrità.

5) Individuare i focolai nei quali la febbre tifoide è endemica e presenta ricorrenze epidemiche periodiche e curare di accertare le cause che mantengono il contagio o ne agevolano la diffusione, sia in rapporto all'eventuale inquinamento del suolo e delle acque, sia in dipendenza di speciali condizioni di ambiente.

6) Curare il pronto accertamento diagnostico dei casi sospetti e, quando sia possibile, la ricerca dei portatori fra i famigliari dei malati, valendosi dell'opera del Laboratorio Provinciale d'igiene e profilassi.

7) Favorire il più largamente possibile l'ospedalizzazione dei colpiti per diminuire le sorgenti d'infezione.

8) Curare la sistematica disinfezione al letto degli ammalati (biancheria, stoviglie, deiezioni) e quella degli ambienti e delle latrine, e la igienica manutenzione dei lavatoi pubblici e privati.

9) Esigere l'applicazione di norme di profilassi individuale nei famigliari dei malati.

10) Dare larga applicazione alla vaccinazione antitifica, specialmente negli abitati sede di periodiche riaccensioni epidemiche.

11) Richiamare l'osservanza dell'obbligo della denuncia dei casi anche sospetti d'infezione tifica e paratifica.

Questo Ministero confida nell'alacre interessamento delle EE. LL. e dei medici provinciali, per la diligente attuazione di quanto sopra, con particolare riguardo ai comuni sedi di stazioni climatiche o luoghi di cura, e attende speciale segnalazione delle eventuali manifestazioni di febbre tifoide e dei provvedimenti profilattici adottati.

Pel Ministro: G. Basile.

Per la vaccinazione antidifterica.

Sotto l'egida del Comitato della Società delle Nazioni, si è riunita a Londra una Commissione per studiare il problema della vaccinazione antidifterica.

La Commissione, presieduta dal prof. Madsen, presidente del Comitato d'igiene della Società delle Nazioni, riuniva igienisti ed esperti di 14 nazioni. Essa ha esaminato i risultati provenienti da esperimenti comparativi di vaccinazione, effettuati secondo il programma, stabilito nella riunione del luglio 1929 di Parigi e i numerosi documenti raccolti nel corso degli ultimi anni. Sono state adottate le seguenti conclusioni:

— La vaccinazione antidifterica è da praticarsi ai fanciulli durante il periodo prescolare, incominciando dall'età di un anno compiuto.

— I bambini non vaccinati nella prima infanzia lo saranno nei primi mesi di scuola.

— Si raccomanda vivamente agli asili, istituti, colonie di vacanza, preventori, sanatori, di esigere dai fanciulli e dal personale il certificato di vaccinazione antidifterica e il certificato dichiarante che la reazione di Schick è negativa.

— La vaccinazione è raccomandabile alle infermiere di ospedali, asili, dispensari, sanatori, scuole.

— La vaccinazione è raccomandabile nei periodi di epidemia ai bambini in età prescolare e postscolare, che hanno avuto contatto con ammalati di difterite, poichè finora nessun documento testimonia l'esistenza di una fase negativa.

— La vaccinazione antidifterica dev'essere oggetto d'una propaganda attiva da parte del Servizio d'igiene di tutte le nazioni onde far conoscere al popolo di tutti i paesi i vantaggi di questo metodo di protezione della salute pubblica.

CULTURA SUPERIORE.

In sede di bilancio.

Alla Camera dei Deputati si è svolta un'ampia discussione sul bilancio del Ministero dell'E. N.

Ci limitiamo a riportarne qualche cenno, per quanto riguarda l'insegnamento superiore.

L'on. Bruni rileva che la distinzione delle Università in tipi diversi non ha fatto raggiungere lo scopo che la riforma si proponeva, di ridurre cioè le Facoltà, che anzi sono aumentate.

Vorrebbe che gli esami di Stato per l'esercizio professionale avessero luogo a una maggiore distanza di tempo dagli esami di laurea.

L'on. Vinci si occupa dell'ordinamento degli studi universitari, per cui la riforma Gentile attuò la divisione nei due tipi *A* e *B*, soprattutto nell'intento di interessare le città alla sorte dei loro gloriosi Atenei.

A otto anni dalla riforma, può dirsi che questa ha avuto il più felice successo. Vorrebbe che si procedesse senza ulteriori indugi a bandire i concorsi per le cattedre universitarie vacanti.

Occupandosi dell'insegnamento delle materie farmaceutiche, osserva che la riforma di esso è chiesta da tempo da tutti coloro che ne riconoscono l'importanza.

In un discorso interessante, il ministro on. Giuliano ha preso in esame numerosi problemi. Si è soffermato sull'edilizia universitaria, cui il Regime ha dato un poderoso incremento. Ha rilevato il prestigio acquistato dall'Accademia d'Italia, creata dal Regime. Ha lumeggiato l'originalità della cultura fascista.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Ampezzo (*Belluno*). — Scad. 20 lug.; chiedere annunzio; L. 9000 e 6 quadrienni dec., oltre L. 500 serv. att., c.-v., L. 1000-1500-3000 trasp., L. 1000 se uff. san. diminuz. 12 %; addizionale L. 500 ogni 150 pov. in più di 420; punti riportati negli esami.

Arezzo. *Amministrazione Provinciale.* — Coadiutore della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi. Per titoli ed esami. Stipendio annuo iniziale L. 11.000, al lordo delle ritenute di legge, aumentabile di un decimo per ogni quadriennio e per cinque quadrienni. Indennità caro-viveri nella misura e per la durata stabiliti per gli altri dipendenti dell'Amm. Provinciale. Tutti gli assegni sono soggetti alla riduzione del 12 % di cui il R. D. L. N. 1491 del 20-12-1930. La domanda ed i documenti, l'elenco dei quali con tutte le altre modalità possono desumersi dal bando di concorso, da richiedersi alla Segreteria dell'Amministrazione Provinciale, debbono pervenire all'Amministrazione stessa non più tardi delle ore diciotto dell'8 luglio 1932.

Bagni di Casciana (*Pisa*). — Scad. 30 mag., ore 18; L. 9500 oltre L. 4000 trasp.; età lim. 35 a.

Bologna. *Istituto Ortopedico Rizzoli.* — Medico assistente presso il dipendente Istituto Elioterapico Codivilla in Cortina d'Ampezzo; L. 3840, vitto, alloggio, partecipaz.; età lim. 30 a.; prova clinica sul malato ed eventualm. esercitaz. pratica sul cadavere; scad. ore 17 del 25 mag.; conferme annue non oltre il 40° anno d'età. Rivolgersi Segreteria. Tassa L. 25.

Camaiore (*Lucca*). — Scad. 90 giorni dall'8 apr.; 1ª cond.; ab. 5000 circa; L. 8000 e 5 quadrienni dec., oltre quota mobile L. 840 per i coniugati; deduz. 12 %; addizionale L. 4 oltre i 600 pov.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10; doc. non anter. all'8 apr.

Campoformio (*Udine*). — A tutto il 30 giu.; rivolgersi Segreteria.

Careggine (*Lucca*). — Scad. 30 giu.; L. 10.000 oltre L. 3000 cavalc., L. 800 arm. farm., lorde 12 %; tassa L. 50.

Castelluccio (*Mantova*). — A tutto il 15 mag.; capoluogo; età lim. 35 a. all'8 apr.; tassa L. 50; stip. L. 9000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 3500 trasp., L. 500 ambulat., L. 900 uff. san., c.-v.; deduz. 12 %; doc. a 3 mesi.

Cengio (*Novara*). — Scad. 15 lug.; L. 8400 e 10 bienni ventes., oltre L. 500 uff. san.; età lim. 35 a.

Cesenatico (*Forlì*). — Scad. 22 mag.; 3ª cond.; L. 9000 e 10 bienni ventes. per il 18 % della popolazione; addizionali di L. 3, L. 4 e L. 5; ricostruzione carriera; c.-v.; L. 2000 cavalc.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50; doc. a 6 mesi dal 12 apr.

Dovadola (*Forlì*). — A tutto 10 maggio; 2° reparto; ab. 2500 c.; L. 11.000 e 10 bienni ventes., oltre L. 3000 trasp., c.-v., L. 1000 serv. Ospedale Zauli, L. 800 se uff. san.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 10 apr.

Fiume. *Consorzio Prov. Antitubercolare.* — Medico direttore del consorzio e del dispensario prov., due medici direttori di Sezioni; scad. 31 mag. Rivolgersi segreteria (Palazzo del Governo).

Mantova. *Amministrazione Provinciale.* — Coadiutore della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi. Per titoli ed esami. Stipendio annuo iniziale L. 16.000 aumentabile fino ad un massimo di L. 17.800 mediante due scatti quadriennali rispettivamente di L. 800 e di L. 1000, più un supplemento di servizio attivo di L. 4000. L'intera retribuzione è soggetta alle trattenute di legge nonchè alla riduzione di cui il R. D. L. N. 1491 del 20-11-1930. La domanda ed i documenti, l'elenco dei quali con le altre modalità possono desumersi dal bando di concorso da richiedersi alla Segreteria dell'Amministrazione Provinciale, via Principe Amedeo 30, Mantova, debbono pervenire all'Amministrazione stessa non oltre le ore diciotto del 6 luglio.

Mezzani (*Parma*). — Scad. 31 mag.; L. 10.000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 4000 trasp., L. 750 uff. san., c.-v., L. 300 ambulat.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

Nuoro. *Amministrazione Provinciale.* — Assistente della Sezione Medico-Micrografica dei Laboratori Provinciali di Igiene e Profilassi. Stipendio L. 12.000; indennità di servizio attivo L. 2000, soggetti alle riduzioni ed alle ritenute di legge. Termine per la presentazione delle domande e dei documenti ore diciotto del 10 giugno. Per schiarimenti rivolgersi alla Segreteria Provinciale di Nuoro.

Orani (*Nuoro*). — Scad. 31 mag.; L. 9500 da ridurre del 12 %; 6 quadrienni dec.; addizion. L. 5 oltre i 1000 pov.; L. 360 Carcere mandament.; tassa L. 50.

PAROLISE (*Avellino*). — Scad. 8 mag.; L. 6000 oltre L. 600 se uff. san.; età lim. 50 a.

PERUGIA. *Amministrazione Provinciale*. — Assistente per la Sezione Chimica del Laboratorio provinciale di igiene e profilassi. Per titoli ed esami. Al posto è annesso lo stipendio annuo lordo di L. 10.000, aumentabili a L. 15.000 per 5 quadrienni di 1/10 e la indennità di attività di servizio di annue L. 2800 lorde. Saranno corrisposte le indennità di caro-viveri come e fin quando ne godranno gli impiegati della Provincia. Tutti gli assegni sono ridotti del 12 %. Scadenza ore 18 del 31 maggio 1932. Per chiarimenti e per avere l'avviso integrale del concorso, rivolgersi alla Segreteria Generale della Provincia.

POZZOMAGGIORE (*Sassari*). — Scad. 12 lug.; L. 9500 da ridurre del 12 %; 5 quadrienni; addizion. L. 5 oltre i 1000 pov.; tassa L. 50,10.

PROVAGLIO D'ISEO (*Brescia*). — Scad. 15 giu. lire 9000 e 6 quadrienni dec., oltre L. 3000 automob., L. 600 uff san., c.-v.; riduz. 12 %; ab. 3182 di cui 300 iscritti.

RACALMUTO (*Agrigento*). — Ufficiale Sanitario. Per titoli ed esami. Stipendio iniziale L. 7000, con quattro aumenti quadriennali del decimo, al lordo delle ritenute di legge e della riduzione del 12 %. La domanda ed i documenti, l'elenco dei quali con tutte le altre modalità, possono desumersi da bando di concorso da richiedersi alla R. Prefettura di Agrigento, debbono pervenire alla predetta Prefettura non più tardi delle ore diciotto del 31 maggio 1932.

ROMA. *Pio Istituto di S. Spirito ed Ospedali Riuniti*. — Scad. 31 mag., ore 16; 3 primari di Istituto Radiologico ed Elettroterapico; età lim. 45 a. all'11 apr.; tassa L. 50 al Tesoriere; esami e titoli; stip. L. 7800 e c.-v.

ROMA. *R. Prefettura*. — Fino al 10 luglio è aperto un concorso, per titoli ed esami, a quattro posti di ufficiale sanitario dei Consorzi di Frascati, Marino, Palestrina e del Comune di Gaeta. I concorrenti dovranno far pervenire alla R. Prefettura, nel termine predetto, la domanda corredata da tutti i documenti (nessuno escluso) indicati nel bando di concorso pubblicato nel Foglio Annunzi Legali della Provincia di Roma n. 28 del 6 aprile 1932 e potranno rivolgersi per informazioni e chiarimenti alla Segreteria dell'Ufficio del Medico Provinciale, piazza Foro Traiano 84.

ROMA. *Direzione Generale della Sanità Pubblica*. — Concorso a 24 posti di medico provinciale aggiunto di 2ª classe nell'Amministraz. della Sanità Pubbl.; età lim. 35 a.; prove scritte, pratiche ed orali; conoscenza di lingua francese, inglese o tedesca. Chiedere bando. Scad. 90 giorni dal 9 aprile.

RONCO CANAVESE (*Aosta*). — Scad. 12 lug., ore 12; con Valprato Soana; L. 10.000 e 10 bienni ventes., oltre L. 1800-3500 trasp.

SALERNO. *R. Prefettura*. — Posti di Ufficiale Sanitario. Per titoli ed esami. Stipendio, oltre quattro aumenti quadriennali del decimo, come segue: Comuni di: S. Marzano sul Sarno L. 4000; Agropoli L. 6000; Cava dei Tirreni L. 7000, oltre L. 1500 indennità di cavalcatura; Piagine L. 5000; Consorzio comuni di Maiori e Minori L. 6000, oltre L. 3000 indennità cavalcatura; Consorzio comuni Laviano, Castelnuovo di Conza, Santomenna e Valva L. 7000, oltre L. 3000 indennità cavalcatura. Età non superiore anni 45, salvo eccezioni di legge. Domanda e documenti di rito. Termine utile ore dodici del quindici giugno 1932. Per chiarimenti rivolgersi Ufficio Sanitario Provinciale di Salerno.

S. ANGELO A SCALA (*Avellino*). — Scad. 15 mag.; L. 5280 già ridotte 12 %; 5 quadrienni dec.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

SAN GIOVANNI IN PERSICETO. *Ospedale Civile*. — A tutto 31 mag., assistente; titoli; età lim. 30 a.; L. 6500, diritto d'alloggio, vitto dietro corrispettivo di L. 7 giornaliere; nom. biennale, conferme annuali; serv. entro 15 gg.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 21 apr.

SASSARI. *Ospedale Civile*. — Scad. 20 mag.; primario radiologo; L. 12.000 e compartecipaz. 45 %; età lim. 40 a.; diploma di specializzaz. o docenza e biennio di esercizio consecutivo; eventualm. esami; tassa L. 50.

Ufficio di collocamento di Milano.

Sono aperte le iscrizioni per il 1932. Rivolgersi al Sindacato Medico Provinciale Fascista, indicando il proprio esatto recapito. Si rammenta che, qualora il richiedente trovi occupazione, deve darne immediata comunicazione all'Ufficio.

CONCORSI A PREMI.

Consiglio Nazionale delle Ricerche.
(Comitato Nazionale per la Medicina).

La Lepetit S. A. istituisce 10 premi da L. 1500 e 5 da L. 1000, da assegnarsi ai laureandi italiani autori delle migliori tesi di laurea in Medicina e Chirurgia, eseguite nelle Università italiane.

A titolo di parziale rimborso delle spese sostenute per le ricerche sperimentali dagli Istituti presso i quali verranno eseguite le tesi di laurea, la Lepetit S. A. istituisce un contributo di L. 500 per ciascun Istituto nel quale sia stata eseguita una tesi premiata.

Le tesi premiate saranno pubblicate in un volume a cura della Lepetit S. A., che curerà inoltre di dare adeguata diffusione alla pubblicazione. Dal volume sarà esclusa ogni forma di « réclame », sia di altre Ditte, sia dalla Ditta Lepetit.

Scad. 31 gennaio 1933.

Chiedere il regolamento per i premi 1931-32-X all'Ufficio scientifico della Ditta, via Mauro Macchi 7, Milano.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il Senato della Università di Glasgow ha deciso di nominare il prof. Roberto Alessandri — direttore della Clinica chirurgica della R. Università di Roma — dottore *honoris causa* di quella antica e rinomata Università. La cerimonia di graduazione avrà luogo nel prossimo mese di giugno.

All'illustre clinico e studioso, il quale dirige la Sezione Chirurgica del nostro periodico, esprimiamo il più vivo e cordiale compiacimento per l'altissima distinzione, che ne consacra il valore e la fama internazionale.

La Facoltà medica di Palermo ha conferito l'incarico dell'insegnamento di anatomia patologica al prof. L. Ajello, aiuto del compianto prof. Soli.

NOTIZIE DIVERSE.

Alla Reale Accademia d'Italia.

Nella ricorrenza del Natale di Roma, si è tenuta al Campidoglio un'adunanza generale della Reale Accademia d'Italia. L'adunanza è stata onorata dall'augusta presenza del Re, della Regina e della Principessa Maria; erano anche presenti altissime personalità delle scienze, delle arti, della politica, dell'amministrazione. Parlarono il presidente sen. Marconi, il segretario generale Volpe ed i quattro accademici relatori per l'assegnazione dei premi, tra cui il prof. De Blasi per le scienze fisiche, matematiche e naturali.

Il premio Mussolini del « Corriere della Sera » è stato assegnato al prof. sen. Aldo Castellani, per le sue scoperte ed i suoi studi nel campo della medicina tropicale e della microbiologia. Sono stati conferiti anche numerosi premi d'incoraggiamento; nella classe di scienze fisiche, matematiche e naturali hanno ricevuto premi d'incoraggiamento alcuni periodici di medicina e di biologia.

1° Congresso internazionale sulla litiasi biliare.

Dal 19 al 22 settembre si terrà a Vichy questo Congresso, con l'alto patronato del Ministro della Salute Pubblica, sotto la presidenza effettiva del prof. Carnot, membro dell'Accademia di Medicina, e la presidenza onoraria dei proff. von Bergmann (Berlino), J. Cantacuzène (Bucarest), Chas. Cordon Heyd (New York), Hijmans van den Bergh (Utrecht), Marañon (Madrid), Lord Moynihan of Leeds (Londra), A. Navarro (Montevideo), Rousseau (Quebec), Sanarelli (Roma), R. Verhoogen (Bruxelles), Achard, d'Arsonval, Balthazard, Chauffard, Desgrez, Dopter, Gosset, Hartmann, Quenu, Roger, Vincent (Francia), membri dell'Accademia di Medicina.

Le comunicazioni presentate dai membri del Congresso saranno divise in quattro sezioni: 1° Medicina, 2° Chirurgia. 3° Terapia e idrologia, 4° Elettroradiologia e fisioterapia.

Dato il numero rilevante di comunicazioni già annunziate, ogni congressista non potrà avere diritto che ad una sola comunicazione (di tre pagine di quaranta righe di cinquantaquattro lettere). I congressisti possono fare la loro comunicazione in una lingua di loro scelta; quelle che non saranno presentate in francese dovranno essere accompagnate da un breve riassunto in questa lingua. Il titolo delle comunicazioni dovrà essere inviato alla segreteria generale non più tardi del 1° luglio.

Sono ammessi quali membri titolari i medici francesi e stranieri. La quota di iscrizione è stabilita nella somma di 50 fr. francesi per i titolari e di 25 per gli associati (persone di famiglia), come anche per gli interni degli Ospedali e per gli studenti in medicina, francesi e stranieri.

Condizioni particolari di soggiorno sono previste per i congressisti in un certo numero di alberghi.

Le grandi reti francesi accordano una riduzione del 50 %, sotto forma di buoni individuali. Questi buoni saranno valevoli per l'andata, dal punto di ingresso in Francia a Vichy, e al ritorno, da Vichy al punto di uscita dalla Francia, con passaggio facoltativo per Parigi.

Le domande di informazioni, adesione, iscrizione, devono essere indirizzate al dott. J. Aimard, segretario generale, 24 boulevard des Capucines, Paris (IXe).

Ad iniziativa del prof. Carnot e a cura del prof. Sanarelli di Roma, presidente d'onore del Congresso, è stato costituito un comitato italiano di cui è segretario il dott. G. Labranca, assistente nell'Istituto d'Igiene di Roma, cui potranno essere dirette le richieste di programmi e di informazioni relative al Congresso (piazza Viminale 7, Roma 5).

8° Congresso italiano d'igiene.

Come avevamo annunziato, l'Associazione Nazionale Fascista per l'Igiene aveva convocato il prossimo congresso a Bari dal 10 al 15 maggio. Considerazioni di carattere generale hanno però indotto il Direttorio Nazionale a deliberare di tenere il Congresso del 1932 in autunno, nella Capitale, ove si concentrano i più importanti Congressi Nazionali, nella ricorrenza del decennale della Marcia su Roma. Nel 1933 il Congresso si terrà a Bari.

Nel Congresso di Roma saranno svolte quelle tra le relazioni preparate pel Congresso di Bari che non hanno speciale riferimento alle applicazioni pratiche realizzate nella regione pugliese.

Sarà fatta nel Congresso di Roma la commemorazione del compianto fondatore e primo presidente dell'Associazione, prof. Achille Sclavo e, pel maggiore tempo disponibile, sarà più completamente sviluppata la relativa sottoscrizione, che tuttavia già procede alacremente.

Il Congresso di Bari acquisterà, pel rinvio di un anno, ancor maggiore prestigio per la più matura preparazione. Il programma di visita alle principali istituzioni igienico-sanitarie della regione pugliese, che ne costituirà la nota caratteristica, si arricchirà e perfezionerà vieppiù, in modo da riuscire di grande e sicura attuazione rispetto a tutti gli studiosi e cultori d'igiene delle varie parti d'Italia.

Fervono intanto, presso le varie Sezioni provinciali dell'Associazione, le attività specialmente manifeste nel campo della propaganda igienica e nello studio delle condizioni ambientali locali e dei loro riferimenti allo stato sanitario delle popolazioni. Di tutta questa massa di lavoro si avrà una dimostrazione sintetica ed armonica così nel prossimo Congresso di Roma, come in quello di Bari e nei venturi.

1° Congresso nazionale di medicina dello sport.

Come ne avevamo dato l'annunzio, si è svolto a Roma dal 19 al 21 aprile. L'inaugurazione ebbe luogo nell'Aula Magna del Palazzo della Provincia, con l'intervento del Sottosegretario di Stato on. Arpinati, il quale pronunziò il discorso inaugurale; parlarono anche il prof. Ugo Cassinis, commissario della Federazione medici sportivi, il prof. E. Morelli, per il Sindacato nazionale medico fascista, e il prof. S. Baglioni.

Furono fatte interessanti relazioni e comunicazioni.

Il Congresso attesta l'importanza oggi attribuita all'attività fisica e alla sua razionalizzazione scientifica

10° Congresso italiano di medicina del lavoro.

Si è tenuto a Milano, dal 23 al 25 aprile, sotto la presidenza del prof. Luigi Devoto, con l'intervento di molti studiosi, nonchè di insegnanti del-

le scuole medie ed elementari, invitati allo scopo di favorire la diffusione delle nozioni più importanti relative ai problemi di medicina del lavoro. Ne daremo un breve resoconto.

Convegno italiano di pediatria.

Il direttorio della Società Italiana di Pediatria organizza un convegno nazionale a Perugia, nella seconda metà di settembre, per discutere il tema: « Sieroterapia e vaccinazione antidifterica ». Rivolgersi al presidente, prof. G. B. Allaria, corso Bramante 29, Torino.

Raduni medici culturali.

Per iniziativa del Consultorio clinico « Gaetano Rummo » di Benevento, diretto dal prof. Andrea Ferrannini, si sono iniziati dei raduni medici a scopo dimostrativo e per discutere problemi d'attualità. Il primo raduno si è tenuto il 6 aprile a Piedimonte d'Alife ed è stato organizzato dall'ufficiale sânitario dott. E. Di Nardo; sono stati presi in esame numerosi argomenti.

83° Congresso dell'Associazione Medica Americana.

Questo grandioso congresso si terrà a New Orleans durante i giorni 9-13 maggio, sotto la presidenza del dott. Edward H. Cary; comprenderà 12 Sezioni; vi sarà unita una Esposizione divisa in 11 Sezioni e 3 Mostre speciali.

Congresso francese di radiologia.

Si è costituito a Parigi un comitato per l'organizzazione annuale dei congressi dei medici radiologi di lingua francese, sotto gli auspici della « Société de radiologie médicale de France », della « Société française d'électrothérapie » e della « Société belge de radiologie ». Il comitato è presieduto dal dott. Belot. I congressi sostituiranno la 13ª Sezione della Società francese per il progresso delle scienze, poichè tale Sezione è stata soppressa. Di regola si aduneranno in ottobre, durante i congressi francesi di chirurgia e di urologia. La prima riunione avrà luogo nell'ottobre 1933.

Per un'assemblea generale dei medici spagnoli.

Un gruppo di medici spagnoli ha deciso di convocare i colleghi a una grande assemblea generale. Una circolare rileva che le organizzazioni mediche già costituite, malgrado i 52 deputati medici eletti alle Cortes, non sono riuscite, nell'attuale periodo di rinnovamento nazionale, a far dare alla salute pubblica il posto che le compete nella costituzione della repubblica. Si vuol rimediare a tale manchevolezza; inoltre tendere a far coordinare le disposizioni vigenti — spesso vaghe e contraditttorie e caotiche — in materia di legislazione sanitaria; infine a valorizzare le classi sanitarie e farne accogliere le aspirazioni.

Corso accelerato di tisiologia.

È stato organizzato per iniziativa del Sindacato Provinciale Medico Fascista di Parma, presso quella Facoltà Medica; avrà luogo tra il 15 maggio e il 28 giugno, per 3 giorni di ogni settimana (lunedì, mercoledì e sabato), nelle ore pomeridiane (dalle 15 alle 18). Tassa L. 50,10 da versare all'Economato della R. Università; domanda in carta legale al Rettore; richiedere programma al Sindacato (piazza Garibaldi, palazzo del Governatore, 2° p.).

Ufficio internazionale di documentazione di medicina militare.

Come abbiamo annunziato, il Comitato permanente dei Congressi internazionali di medicina e di farmacia militari ha indetto la 2ª sessione dell'Ufficio internazionale di documentazione di medicina militare a Liegi, dal 22 al 25 giugno. In tale occasione verrà inaugurato il locale dell'ufficio, offerto dalla città. Durante la sessione si terranno numerose conferenze e lezioni (in lingua francese); i convenuti prenderanno parte all'inaugurazione delle « Giornate mediche belghe ». È autorizzato l'uso dell'uniforme. Per le iscrizioni rivolgersi al: Lieut.-Col. Méd. Voncken, Hôpital Militaire, Liége; per informazioni sui viaggi (riduzioni, di tariffe, ecc.) rivolgersi alle succursali dell'Agenzia Th. Cook & C. e della Compagnia internazionale delle carrozze letti.

L'Istituto Neurologico di Milano.

In occasione della visita alla Fiera internazionale campionaria di Milano, S. M. il Re ha inaugurato l'Istituto Neurologico Vittorio Emanuele III (Clinica Neurologica della R. Università), che occupa un nuovo e grandioso edifizio. Accolto da numerose personalità e vivamente acclamato, il Sovrano ha visitato tutti i reparti dell'Istituto, interessandosi agli apparecchi scientifici ed ai ricoverati, fra i quali parecchi grandi invalidi di guerra per ferite cerebrali; venne guidato dal direttore, prof. Besta.

Il Sovrano ha anche visitato il nuovo Ospedale Militare, ammirandone l'organizzazione e il funzionamento, guidato dal direttore ten. col. Jenizzotti.

Agli Ospedali Riuniti di Roma.

Il gr. uff. avv. Giuseppe Spano, prefetto del Regno, ha in questi giorni preso possesso del suo nuovo ufficio di presidente del Pio Istituto di S. Spirito ed Ospedali Riuniti di Roma.

In tale circostanza gli è stato reso omaggio da tutto il personale amministrativo, sanitario e subalterno ospedaliero, dal quale è stato fatto oggetto di calorosa ed entusiastica acclamazione.

Il prefetto Spano ha messo in luce quanto il Regime ha fatto pel rinnovamento degli Ospedali dell'Urbe ed ha rivolto caldo incitamento al personale tutto, perchè — ciascuno nella propria sfera — svolga azione attiva e fattiva allo scopo di collaborare alla magnifica opera fascista, inneggiando, infine, al Re, al Duce ed al Fascismo.

Istituto di ricerche mediche a Filadelfia.

È ora in via d'organizzazione presso l'Ospedale Generale della città e sarà in rapporto con tutte le altre istituzioni scientifiche locali; comincerà a funzionare nel prossimo autunno; la direzione ne è stata affidata al dott. Leonard G. Rowntree, attualmente direttore del reparto di ricerche cliniche alla Clinica Mayo in Rochester e professore di clinica medica all'Università di Minnesota. Temporaneamente l'Istituto occuperà un edifizio in via di costruzione sul terreno annesso all'ospedale; quando saranno disponibili fondi bastevoli, si provvederà a costruire un nuovo edifizio, sempre in rapporto con l'Ospedale. La fondazione venne decisa nel 1922, a titolo di commemorazione del centenario della nascita di Pasteur.

Per la città universitaria di Bordeaux.

La Commissione per l'attribuzione di prestiti presso il Ministero della sanità pubblica della Francia ha accordato all'Ufficio pubblico per le abitazioni economiche della città di Bordeaux, la somma di 8.444.200 franchi, per la costruzione di una « città universitaria ». Questa fronteggerà la rue de Ségur; comprenderà 260 camere, un ristorante ecc. Il terreno, dell'estensione di 10.000 mq., è stato donato all'Ufficio predetto dal Municipio di Bordeaux; è stimato 1.250.000 franchi. Le spese di arredamento e funzionamento verranno sostenute dall'Università, che a tale scopo ha ricevuto un milione di franchi dal Consiglio Generale della Gironda e una prima sovvenzione di 700.000 franchi dal Governo. La città universitaria ha lo scopo di ospitare gli studenti d'università.

La " bomba di radio ,, in Inghilterra.

La « Commissione Nazionale per il radio » dell'Inghilterra ha deciso di far discontinuare l'impiego della « bomba di radio » di 4 grammi, poichè i risultati non sono stati soddisfacenti. Questa decisione ha sollevato vivaci proteste da parte dei radiologi e dei chirurgi. Si fa notare che altrove s'impiegano « bombe di radio » con successi ottimi, quantunque non certo assoluti; così a Parigi l'Istituto del Radio dispone di una bomba di 4 grammi; a Stoccolma da tempo s'impiega una bomba di 3 grammi; a New York il « Memorial Hospital » vanta un quantitativo di 4 grammi; a Bruxelles, ove si è sperimentato con 4 grammi e con quantitativi minori, è ora in progetto la costruzione di una bomba di 12 grammi. S'impongono delle cautele nell'usare questi quantitativi ingenti di una sostanza tanto attiva; a volte si richiede anche il concorso di altri fattori, dai semi di radon ai raggi X ultra-duri; non tutti i tumori maligni rispondono ugualmente; ma è anche certo che si contano risultati sempre più impressionanti nella cura del cancro.

L'ispezione generale della sanità pubblica al Perù.

Il direttore generale della sanità pubblica del Perù ha nominato ispettore generale dei servizi sanitari della Repubblica un funzionario sprovvisto del titolo di dottore in medicina. L'Associazione medica peruviana gli ha indirizzato una lettera di protesta. Il direttore generale ha replicato sostenendo la tesi che il posto è puramente amministrativo e che il titolare può non essere un medico. L'Associazione ha contro-replicato richiamandosi al testo del decreto (23 giugno 1922) che istituisce la carica (l'art. 14 dichiara trattarsi di un posto di *medico* ispettore). Il direttore generale ha ribattuto sostenendo il carattere amministrativo della funzione e considera la questione come regolata.

Aiuto ai reumatici.

Si è costituita a Parigi un'associazione dal titolo « L'entr'aide aux rhumatisants » sul tipo dell'« Aide aux cardiaques »; ha sede presso la Clinica medica del prof. Carnot (Hôtel-Dieu) e fa parte del Servizio di fisioterapia, affidato al dott. Dausset; offre consultazioni gratuite, nell'ambulatorio fisioterapico; inoltre procura l'invio nelle stazioni termali e la concessione di tariffe ridotte di cura; s'interessa a cercare occupazioni adatte ai semi-invalidi e al ricovero degli invalidi, a fornire aiuti economici ecc. La quota d'iscrizione per i soci ordinari è minima, di 5 franchi l'anno; per gli « aderenti » è di 50 franchi. Segretario dell'opera è il sig. Goumy (rue Belgrad 32); tesoriere il dott. Chenilleau (Hôtel-Dieu, Service du Dr. Dausset).

I periodici medici dell'Australia.

A quanto risulta dal « Journ. A. M. A. » (19 marzo 1932), l'Australia è un paese fortunato, dacchè, malgrado la sua immensa estensione (di poco inferiore a tutta l'Europa), sia pure pochissimo popolata (comunque raggiunge circa 10 milioni di abitanti), conta pochissimi periodici di medicina e cioè: uno di medicina generale, il « Medical Journal of Australia », settimanale, organo ufficiale dell'Associazione Medica Britannica, sezione australiana; uno di medicina pratica, «G. P.» (General Practitioner), mensile: esso esclude i contributi scientifici ed i resoconti di società e si limita a contributi clinici: sorto da poco, ha ottenuto un successo rapidissimo; uno di clinica ospedaliera, i « Melbourne Hospital Clinical Reports », trimestrali; uno di chirurgia, l'« Australian and New Zealand Journal of Surgery »; uno specializzato, sul cancro, il «Journal of the Cancer Research Commettee »; uno di sanità pubblica, organo dell'ufficio sanitario della repubblica, « Health »; ed infine uno di propaganda igienica, « Health Bulletin », pubblicato dalla Sezione di Vittoria dell'Ufficio di Sanità: 7 periodici appena!

Viaggio medico belga in Svizzera.

Verrà compiuto sotto gli auspici dell'Associazione della stampa medica belga e della Federazione dei medici svizzeri, dal 17 luglio al 5 agosto; inizio e fine del viaggio a Bruxelles; prezzo complessivo 5430 franchi belgi, tutto compreso, escluse le bevande alcooliche. Eventuali informazioni presso l'« Association de la Presse Médicale Belge », rue Archimède 36, Bruxelles.

In onore dei medici lombardi caduti in guerra.

Per iniziativa del dott. cav. Albertini, direttore del Servizio Sanitario nelle Scuole del Comune di Milano e direttore della Scuola Zaccaria Treves, nonchè della « Gazzetta Medica Lombarda », nel prossimo giugno le aule scolastiche della nuovissima Scuola « Zaccaria Treves » in via Colleoni saranno consacrate ai medici lombardi caduti in guerra.

Gli ebrei nella medicina inglese.

Al simposio annuale della « London Jewish Hospital Medical Society » furono discussi i contributi scientifici portati alla medicina dagli israeliti nell'Inghilterra. Ospite d'onore fu lord Moynihan, il quale rilevò di essersi sempre interessato all'attività svolta dagli ebrei nelle scienze e di aver dovuto ammirare la loro integrità intellettuale e professionale. Parlò poi il Dr. A. Goodman Levy, il quale osservò che in Inghilterra gli ebrei non hanno attinto, nelle scienze mediche, i posti elevati che possono vantare i loro confratelli del continente, come Cohnheim, Ehrlich, Wassermann, Freud, Schiff, Widal, Besredka, Baginky, ecc. Vorremmo aggiungere Lombroso.

Nove generazioni di medici.

In una cittadina del Massachusetts (Stati Uniti), North Andover, si è scoperta una serie di otto generazioni di medici, che recano il nome di Kit-

teredge. Ad iniziativa di una persona della famiglia, è stata eretta una fontana nella piazza principale, a ricordo di questo fatto insueto. La fontana reca una fascia in bronzo, con i nomi dei medici succedutisi nella stessa famiglia; il più antico, il sestavolo, Giovanni, era nato nel 1830; la dedica prevede ancora dei discendenti, e non a torto: già il medico attuale, Giuseppe, ha una figlia laureata in medicina, Edvina, che però non esercita più nella località: è andata a stabilirsi nello stato di New York (a Yonkers).

Un processo giudiziario contro l'Associazione Medica Americana.

Il « Journal of the American Medical Association » e la « Hygeia » (che n'è una emanazione), avevano denunziato, come fraudolente, le presunte cure del cancro patrocinate con molta pubblicità dal sig. Normar Baker, di Muscatine (stato di Iowa). Il Baker è alla testa di numerose e varie intraprese industriali, tra cui una stazione di radiodiffusione.

Ne è derivata una querela, con richiesta di danni all'Associazione, per l'importo di mezzo milione di dollari, ossia circa 10 milioni di lire it. Il processo si è svolto dal 9 febbraio al 3 marzo, e si è chiuso con l'assoluzione piena dei due periodici.

Per la chiusura domenicale di una farmacia in Francia.

Il Tribunale penale d'una città della Francia, su denuncia del Sindacato dei Farmacisti, condannò un farmacista per contravvenzione al disposto prefettizio che dispone la chiusura delle farmacie nelle giornate di domenica. In appello il farmacista ebbe cassata la sentenza, essendo intervenuta un'amnistia. Fu tuttavia assegnata a titolo di indennizzo la somma di cento franchi al Sindacato, che si era costituito parte civile pei danni recati ai confratelli.

Una scuola di caccia e tiro per medici.

Esiste in Francia sotto il titolo di « Saint-Hubert Médical ». Col 1° maggio ha organizzato un concorso a Issy-les-Moulines; vi furono invitate le signore dei medici, per le quali si è organizzata una gara speciale. Presidente è il Dr. Maurice, di Sèvres (Seine-et-Oise).

Falsa medichessa.

È stata arrestata a Torino certa Caterina Perosino in Cantona, di anni 48, la quale esercitava abusivamente la medicina: si era formata una clientela molto numerosa.

Si è spento a Milano, di leucemia, il prof. sen. BALDO ROSSI, illustrazione della chirurgia italiana.

Ce ne occuperemo prossimamente.

È morto il dott. JEAN-FRANÇOIS HEYMANS, professore emerito dell'Università di Gand, ove, per 40 anni, ha insegnato terapia e farmacologia. Ha compiuto una serie di lavori di altò pregio. Con il prof. Gley ebbe a fondare, trenta anni or sono, gli « Archives internationales de Pharmacodynamie et de Thérapie ». A. P.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Amer. Jl. Obst. a. Gyn., gen. — C. Jeff Miller. Trattam. delle emorragie uter. — B. A. Lifvendahl. Ascesso uterino. — W. Shuman. Frattura pelvica in ostetricia.

Journ. A. M. A., 23 gen. — C. S. O' Brien. Iperglicemia nella cataratta senile avanzata. — D. Macomber. Pseudogravidanza.

Bull. Ac. de Méd., 2 feb. — F. Bezançon e F. Etchegoin. Dimostraz. della spirocheta nella gangrena polm. — Plazy e Germain. Trattam. della febbre esantem. con sangue di tifosi esantemat.

Archives Internal Med., gen. — P. S. Hench. Proteinoterapia. — A. P. Briggs. L'acidosi nella nefrite. — W. C. Hueper e al. Aspetti immunologici della leucemia. — H. Milton Conner e al. Agranulocitosi e ipogranulocitosi.

Amer. Journ. Med. Sc., feb. — E. V. Allen e G. E. Brown. Morbo di Raynaud. — J. O. Wauger e S. N. Blackberg. Reviviscenza.

Prensa Méd. Arg., 20 gen. — G. Bosch e al. Allucinazione e percezione. — C. L. Ducco. Metodo spettrometrico per determinare il pH.

Presse Méd., 10 feb. — R. Sabouraud. L'eczema.

Indian Journ. Med. Res., gen. — L. E. Napler. Trattam. del kala-azar. — R. C. Wats e W. I. Witte. Il pigmento malarico. — S. R. Christophers e A. C. Craighead. Determinaz. del diametro medio delle emazie.

Surg., Gyn. a. Obst., feb. — H. C. Stander. Retinite emorragica nell'iperemesi gravidica. — M. Jansen. Aspetti scientifici e sociali dell'ortopedia. — W. M. Millar. La gangrena gassosa.

Arch. di Antrop. Crim. ecc., sett.-dic. — O. Andrei. Determinaz. dell'età di una frattura. — D. Galausino. Impalamento addominale accidentale.

Münch. Med. Woch., 12 feb. — Borst. Infiammazione. — Crämer. Pletora abdominis (dyspepsia intestinalis flatulenta).

Mediz. Welt, 13 feb. — E. Schmitz. Ricambio minerale e nutrizione. — H. Gerbis. Pericoli d'avvelenamento nella vita quotidiana. — B. Thom. Diagnosi radiologica di appendicite. — O. Bieling. Trattam. interno dell'urolitiasi.

Revue Neurol., gen. — G. Marinesco. Encefalomieliti da ultravirus.

Presse Méd., 13 feb. — Lapointe e al. Broncopolmoniti postoperatorie e loro profilassi coi vaccini lisati. — P.-L. Violle. Litiasi fosfatica urinaria. — S. Dejust-Defiolle e M. Romme. Opoterapia renale.

Deut. Med. Woch., 12 feb. — Umber. Il destino dei diabetici. — Lorentz. Sport e veleni voluttuari.

Klin. Woch., 13 feb. — A. Buschke e al. Epidemiologia delle malattie cutanee e sessuali. — G. Goldgrubes. Trattam. diatermico delle malattie epatiche.

Arch. per le Sc. Med., dic. — D. Barbieri. Innesti di midollo osseo.

Radiol. Med., feb. — M. Accorimboni. Radiologia del pneumotorace. — R. Rossoni. Radioterapia del m. di Vaquez.

South Afr. Med. Journ., 25 gen. — W. O. Fischer. Diagn. precoce di tbc. colla reaz. di Vernes.

Accad. Med., 25 gen. — A. Masazza. Dietoterapia della epilessia. — F. Geriola. La massa sang. nelle costituzioni e nelle malattie.

Semana Méd., 28 gen. — R. Cibilo Aguirre e D. Brachetto-Brion. Anat. patol. dell'eritema nodoso. — R. Morea. Ventricolografia.

Morgagni, 10 gen. — M. MATTIOLI. Variazioni elettrocardiografiche sul tabagismo e sul nicotinismo.

Rass. Clin.-Scient., 15 feb. — J. LAUMONIER. L'emozione normale e patologica. — B. BOLDRINI. Gli accidenti da elettricità.

Amer. Journ. of Cancer, gen. — H. BURROWS e al. Produz. speriment. di tumori del tessuto connettivo — L. H. JORSTAD. Terapia dei tumori cutanei.

Zbl. f. Chir., 20 feb. — J. VORSCHÜTZ. Ureterocele. — M. J. LORIN-EPSTEIN. Intestino crasso a spirale, coliti croniche zonarie e retrazioni diaframmatiche.

Riv Oto-Neuro-Oftalmologica, nov.-dic. — BUSACCA. Flemmone orbitario.

Wien. Klin. Woch., 19 feb. — JAGIC. Clinica e terapia dell'ipertensione. — HESS. L'ittero secondario.

Rif. Med., 6 feb. — A. CAMPANI. Segni iniziali della tbc. polm.

Folia Med., 30 gen. — U. E. FITTIPALDI. Genesi dell'ossaluria.

Mediz. Welt, 29 feb. — W. BERGHAUS. Il siero antidifterico alla luce della statistica. — D. ROTHSCHILD. Asma bronch.

Paris Méd., 20 feb. — Numero sulle malattie respirat.

Arch. Mal. App. Dig. ecc., gen. — P. DUVAL e al. Le pieghe della mucosa gastrica. — I. DANIEL. Patogenesi dell'orticaria.

Bruxelles-Méd., 21 feb. — A. GOVAERTS. I reumatismi cronici.

Journ. d. Prat., 20 feb. — C. ACHARD. Peritoniti da pneumococchi.

Journ. A. M. A., 6 feb. — J. H. PRATH e al. Psicoalgie. — G. L. WALDBOTT. Prevenzione dello shock anafilattico. — C. B. MORTON e V. N. ARCHER. Ascariasi: roentgenologia e chirurgia. — M. S. WIEN e M. O. PERLSTEIN. Ucus vulvae acutum.

Journ. de Méd. Franç., gen. — Numero sulle paratiroidosi.

Lancet, 20 feb. — J. PLESCH. Atonia arteriosa e arteriosclerosi.

Presse Méd., 20 feb. — E. SERGENT. Bronchiettasie e ascessi. — P. CARNOT e al. Basedow galoppante.

Rif. Med., 13 feb. — H. VIGNES. Compressioni del cordone ombell.

Morgagni, 17 gen — M. SINDONI. Flebosclerosi.

Federaz. Med., 31 gen. — F. MACHELI. Tbc. miliare del polmone. — D. CATTANEO. Etiologia del tracoma. — V. MONALDI. Il miele.

Ann. di Ost. e Gin., 31 dic. — F. VOZZA. Diagnosi rapida del corioepitelioma ad insorgenza precoce. — M. VITALI. Nefropatia gravidica e nefrite complicante la gravidanza. — P. NATALE. Reaz. Citelli-Piazza nei tumori.

Riv. di Cl. Pediatr., 1. — A. MARTIGNETTI. Malaria e sviluppo somatico del bambino. — C. CURRADO. Eliminaz. del bacillo di Koch per le vie biliari.

Journal dos Clin., 30 gen. — N. P. FRÓES. Micetoma pedis.

Biochem. Zeitschr, 12 feb. — E. FREUD e R. KATZ. Biochimica delle agglutinine. — S. HERZFELD. Glicosuria e maltosuria. — G. BOSTRÖM. Azione attivatrice degli estratti tumorali sulle fermentazioni.

Riv. Ospedal., gen. — G. SCAGLIOSI. Tumori gastrici benigni.

Cl. Med. Ital., gen. — L. PONTONI, M. BELLI. Ematologia qualitativa nella tbc. polm. — M. CALABRESI. Disturbi di conduzione atrio-ventricolari.

Pathologica, 15 feb. — P. BEZZA. I miomi dell'esofago. — V. TRAMONTANO. Etiologia del granuloma maligno.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XXXIX Roma, 9 Maggio 1932 - X Num. 19

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LEZIONI.

La febbre in travaglio di parto.

Lezione clinica.

Prof. ERCOLE COVA,
Direttore della Clinica Ostetrico-Ginecologica della R. Università di Palermo.

La storia clinica della paziente che presentiamo oggi nella scuola è abbastanza semplice. Si tratta di una giovane primipara, sana, che non ha mai avuto malattie degne di nota, regolarmente conformata, che ha partorito quattro giorni or sono. Al principio del travaglio si ruppe spontaneamente il sacco delle acque e in queste condizioni la paziente fu accolta nella Clinica. Le contrazioni si presentarono deboli e succedentisi a lunghi intervalli, tanto che dopo dodici ore la dilatazione della bocca uterina era appena di quattro centimetri. Si notò che in quel momento la temperatura era salita a 38°; quattro ore più tardi era a 39° e il feto dava segni di sofferenza. La dilatazione era presso che invariata ed allora si procedette alla dilatazione artificiale con un dilatatore metallico, poi alla estrazione col forcipe. Il feto venne alla luce gravemente sofferente e non fu possibile rianimarlo. Il giorno dopo il parto la febbre accennò ad abbassarsi, ma ieri ed oggi si sono toccati di nuovo i 39°.

Questa la storia clinica nelle sue linee fondamentali; più tardi ci sarà necessario soffermarci con maggiore ampiezza sopra qualche altro particolare.

Il fatto che domina nel decorso del parto di questa paziente è il rialzo di temperatura abbastanza elevato. Dobbiamo subito chiederci se questo rialzo termico, fino a 39°, debba interpretarsi come un fenomeno fisiologico, legato alle modificazioni determinate nell'organismo dal parto, o debba invece considerarsi come un fatto patologico.

Con altre parole e più semplicemente dobbiamo domandarci se il parto per sè stesso cagioni un rialzo della temperatura. Rispondiamo che, entro certi limiti, questo può avvenire. Alla fine di un parto lungo e laborioso troviamo di solito la temperatura aumentata e si potrà arrivare ad un massimo di 38° anche in assenza di fatti patologici veri e propri, ma di solito il rialzo termico fisiologico del

parto è meno elevato e difficilmente si superano temperature di 37°,6, 37°,7.

Questo aumento fisiologico della temperatura è variamente interpretato. I più lo considerano semplicemente come la conseguenza dell'esagerato lavoro muscolare, paragonabile quindi al rialzo termico che si ha dopo un lavoro molto faticoso, dopo una marcia prolungata, e così via. Ma probabilmente intervengono anche altri fattori: abitualmente durante la gravidanza ristagna nelle vene dell'utero una certa quantità di sangue refluo dalla placenta, carico dei prodotti del ricambio fetale e placentare, prodotti tossici che hanno una certa azione anche sui centri termoregolatori.

Tale azione è provata dai rialzi di temperatura non indifferenti che si hanno nella eclampsia, malattia da tipica intossicazione ovulare.

Durante il parto le contrazioni spremono ed avviano nel circolo generale questo sangue carico di prodotti tossici: da ciò anche il perturbamento dei centri termoregolatori.

Ma in ogni modo il rialzo termico fisiologico del travaglio è molto limitato e non arriva mai a 39° come nella paziente che abbiamo dinanzi. In casi simili dobbiamo cercarne la ragione in fatti patologici.

Questi possono essere costituiti da malattie mediche di qualunque natura che per caso insorgano proprio durante il parto: per esempio si potrebbe avere in queste condizioni un accesso malarico, naturalmente in donne già affette da malaria, anche se apparentemente spenta da lungo tempo. Come la malaria, molte altre malattie febbrili possono manifestarsi in travaglio, quindi in ogni caso sarà necessario raccogliere minutamente l'anamnesi e fare un completo esame medico, al fine di stabilire se la febbre derivi da cause estranee al parto. Ove tale esame riesca negativo, come nel caso presente, rivolgeremo la nostra attenzione all'apparato genitale e particolarmente all'utero.

Qualche volta la febbre può essere la espressione di alterazioni settiche del collo uterino, in pazienti che già da alcuni giorni siano state ripetutamente esplorate o sottoposte ad altre manualità, come il tamponamento vaginale. Ciò avviene specialmente nei casi di placenta previa. In queste condizioni, già prima che la paziente partorisca, si possono formare essudati nella porzione vaginale del collo: si avrà allora una vera e propria infezione puerperale colle classiche alterazioni anatomiche, ma che si inizia già *intra partum*. Questi casi però non sono affatto comuni.

È assai più facile invece, come è avvenuto nel caso presente, che la febbre insorga per altro motivo, e cioè sia dovuta alla penetrazione di germi nella cavità amniotica in seguito alla rottura delle membrane, e quindi all'inquinamento del poco liquido amniotico rimasto nell'utero.

A membrane integre la penetrazione di germi nel sacco non è ammissibile, e se qualche caso è stato descritto, si tratta di eventualità così rara, che praticamente si può non tenerne conto. Invece l'inquinamento amniotico dopo la rottura delle membrane è una complicazione del parto abbastanza comune.

Condizione quasi indispensabile per la penetrazione dei germi nel sacco delle acque è lo stato di travaglio. Moltissime volte osserviamo rottura prematura della borsa amniotica in gravidanza, e la gestazione prosegue per giorni e settimane indisturbata: fino a che non si abbia dilatazione della bocca uterina, i germi non penetrano dentro la cavità dell'utero.

Forse, a collo conservato, la presenza di muco cervicale, dotato di un certo potere battericida, impedisce l'ascesa dei germi; forse in travaglio di parto, oltre all'appianamento del collo e alla dilatazione si hanno fenomeni nuovi, e cioè le alternative di contrazione e rilasciamento che corrispondono in certo modo ad una sistole e ad una diastole uterina, e forse nel periodo di pausa o diastole si determina una pressione negativa con aspirazione dei liquidi vaginali entro l'utero. Questo concetto della diastole uterina, al quale io accennai fino dal 1905, è attualmente ripreso e largamente svolto da Sfameni e dalla sua scuola: esso spiegherebbe agevolmente la ascesa dei germi nell'utero durante il travaglio del parto.

Si capisce come predispongano alla penetrazione dei germi tutte quelle condizioni che allontanino dall'abituale adattamento tra parte presentata e contorno pelvico o segmento inferiore dell'utero: quindi più facile l'inquinamento nelle presentazioni anormali o nelle viziature pelviche; l'incidente però, come nel caso presente, si può anche verificare con presentazione di vertice e con un bacino normale. Altre condizioni predisponenti dello stesso tipo si hanno nel prolasso del funicolo o di arti; con altro meccanismo agiscono le esplorazioni ripetute o i tentativi di operazioni che importano direttamente nell'utero i liquidi e i germi vaginali. Anzi, le esplorazioni o i tentativi di operazioni possono importare germi anche dall'esterno.

Quali sono i microrganismi che più comunemente provocano l'inquinamento amniotico? Troviamo germi di varia natura, e più comunemente quelli che sono ospiti abituali della vagina. Tra questi molto frequente il *Bacterium coli*, saprofiti vaginali di vario tipo, germi gasogeni e tra questi il *Bacillus aerogenes capsulatus;* streptococchi per lo più del tipo *mucosus* o *viridans*, ma anche streptococchi piogeni, stafilococchi, gonococchi.

Può destare sorpresa il fatto che germi banali della vagina considerati abitualmente come innocui possano, trasportati nell'utero, esplicare durante il parto e più tardi azione patogena.

Ma dobbiamo pensare che la innocuità dei germi è relativa e qualche volta subordinata alla sede. Non vediamo forse il *Bacterium coli*, ospite abituale, indifferente e forse utile nell'intestino, assumere alto valore patogeno quando arrivi alle vie biliari o a quelle urinarie, o al peritoneo? Qualche cosa di simile avviene anche per taluni germi vaginali una volta dislocati e trasportati nell'utero: specialmente streptococchi saprofiti possono diventare patogeni.

Tutti i germi dei quali poco innanzi ho parlato si possono sviluppare nello scarso liquido amniotico che rimane nell'utero dopo la rottura delle membrane: tale liquido pel suo minimo contenuto di albumina e di sali va considerato come un terreno di coltura povero, ma nondimeno abbastanza idoneo alla coltivazione di molteplici specie batteriche. La temperatura interna dell'utero rappresenta poi l'*optimum* per il loro sviluppo, onde la riproduzione dei microrganismi è rapida, e non tardano ad apparire i segni dell'avvenuto inquinamento.

Questi anche nella nostra paziente, come del resto abitualmente, sono stati caratteristici. Il primo indizio è dato di solito da aumento nella frequenza del polso; segno questo un po' vago in travaglio di parto, quando spesso si hanno variazioni del polso anche per altre ragioni, per lo stato di stanchezza, pel dolore, per la facile emotività.

Più sicuro e più suggestivo è il rialzo di temperatura, quando si escludano altre cause di febbre. Nel caso nostro la febbre si manifestò dodici ore dopo la rottura delle membrane: essa non appare mai prima di 7-8 ore, in quanto è necessaria non solo la penetrazione ma anche una notevole moltiplicazione dei germi prima che si abbia la febbre.

Un altro segno è dato dal chiaro odore di putrefazione del liquido amniotico che ogni tanto cola all'esterno, liquido che quasi sempre è tinto di meconio. L'odore di putrefazione è l'indizio più sicuro di inquinamento; a feto espulso lo rileveremo anche sul corpo del feto, sia in caso di morte come in caso di vita; di solito si avverte anche sulla placenta.

Qualche volta in travaglio di parto si può avere timpanismo uterino, e cioè alla percussione il suono dell'utero, che normalmente è ottuso, può diventare timpanico. Questo avviene quando l'inquinamento è prodotto da germi gasogeni e si ha produzione di gas nell'utero. In queste condizioni si può osservare anche emissione di gas dalla vagina; qualche volta è stato notato enfisema sottocutaneo nelle pareti addominali.

Abbiamo visto che nella nostra paziente la febbre è andata progressivamente aumentando. Ciò è abituale ed è in rapporto col moltiplicarsi dei germi: così nel volgere di poche ore si può giungere a temperature molto elevate e la febbre non cede se la donna non partorisce. Quindi i vari sintomi che abbiamo enumerato, nell'ulteriore decorso tendono sempre più ad accentuarsi.

Abbiamo accennato alle sofferenze del feto, che sono facilmente spiegabili quando si pensi che si trova immerso in un liquido putrido e si tenga conto dell'assorbimento cutaneo. Per di più il feto compie metodicamente nell'utero atti di deglutizione, e se di regola inghiotte liquido amniotico normale, nei casi di inquinamento introdurrà nel canale gastrointestinale materiale putrefatto. Iniziatosi lo stato di sofferenza e diminuita la attività cardiaca, il feto compie automaticamente nell'utero qualche atto di inspirazione, e da ciò introduzione di materiale inquinato anche nella trachea e nei bronchi.

Appena si accentua nel feto lo stato di intossicazione, col rilasciamento dei diversi muscoli si ha pure rilasciamento degli sfinteri, e da ciò la emissione di meconio. Con questo aumenta notevolmente il materiale putrescibile, che prima era limitato agli scarsi residui di liquido amniotico.

Abbiamo visto che nel nostro caso il feto fu estratto gravemente sofferente e morì subito dopo: altre volte si ha la morte intrauterina, ed è questa una complicazione molto sfavorevole per la madre in quanto allora subito inizia la putrefazione del corpo fetale, onde per l'aumentato assorbimento le condizioni materne si aggravano, il polso peggiora, si ha facilmente cianosi e dispnea.

La diagnosi nel nostro caso è stata facile, e così lo è in generale: un rialzo cospicuo di temperatura in travaglio di parto alcune ore dopo la rottura delle membrane, quando si escludano altre cause di febbre, ci porta subito a pensare all'inquinamento amniotico, anche ove non si abbiano sintomi patognomonici, come la emissione dalla vagina di liquido putrido o il timpanismo uterino.

La prognosi è molto seria per il feto, ma riservata anche per la madre. Oggi che la frequenza ed i pericoli di questa complicazione del parto sono ben noti, si suole intervenire attivamente e la mortalità e la morbosità puerperale materna sono meno elevate. Ora nei nostri istituti non si hanno più le cifre di mortalità di trent'anni addietro, quali io riscontrai fra il 1900 e il 1905 nella Clinica di Firenze, quando sopra 27 casi di manifesto inquinamento, 5 pazienti vennero a soccombere (mortalità materna 18,5 %); ma nondimeno i pericoli per le pazienti sono sempre abbastanza seri.

Qualche volta, nelle forme gravi, se non si interviene con una certa sollecitudine si può avere la morte della paziente già *intra partum* o a parto appena espletato, per la sapremia e la conseguente rapida degenerazione del miocardio. Questo esito però non è comune; di solito

si supera il parto e l'immediato *post partum*, mentre si stabilisce poi una infezione puerperale, spesso grave, talora mortale. I germi che si trovavano nel sacco ovulare, dopo il secondamento infettano la parete uterina; così si comprende come all'inquinamento amniotico seguano puerperi febbrili almeno in tre quarti dei casi. Anche la paziente che oggi presentiamo, a quattro giorni dal parto ha febbre elevata che non ci consente di essere tranquilli.

I pericoli di questa complicazione del parto, e quindi la prognosi dipendono da diversi fattori. Innanzi tutto dalle condizioni generali della partoriente, dallo stato del cuore, dei reni, degli altri organi. Ha pure grande valore lo stato di vita o di morte del feto. Se il feto si mantiene vivo, si può arguire che l'inquinamento non è grave; se muore, oltre ad aversi l'indizio di un processo più serio, si ha l'aggravante dell'aumento cospicuo del materiale putrescibile, costituito dall'intero corpo del feto che va incontro a rapida putrefazione. Quindi il peggioramento nella prognosi.

Ha molta importanza prognostica anche la rapidità maggiore o minore con la quale può essere espletato il parto. E cioè se l'inquinamento si manifesta a travaglio avanzato, a dilatazione completa, quando la liberazione è possibile con operazione semplice e poco lesiva, si può sperare in esito favorevole; mentre quando si richiedono complesse operazioni, sopra tutto se ne derivano lacerazioni un po' estese del collo dell'utero, della vagina, della vulva, vengono ad aprirsi altrettante porte alla penetrazione dei germi, ed i pericoli di infezione puerperale sono evidentemente maggiori.

Una operazione riesce poi particolarmente pericolosa in queste condizioni, ed è il distacco manuale della placenta. Questo perchè se anche la mano operante è stata accuratamente disinfettata, una volta introdotta nell'utero subito si inquina per l'abbondante contenuto di germi, e trasporta i microrganismi proprio nel punto più delicato di tutta la cavità uterina, cioè nella zona di inserzione della placenta, dove esistono lacinie di tessuto, piccoli trombi che sono ottimo terreno di coltura. Per di più nella operazione la mano infetta apre dei vasi, e quindi con tutta facilità i germi possono penetrare subito in circolo. Così ci spieghiamo come il secondamento artificiale nei casi di inquinamento amniotico sia seguito fatalmente da puerperio febbrile.

Disgraziatamente proprio in tali casi di inquinamento si hanno spesso difficoltà che impongono la estrazione manuale della placenta: questo perchè la rottura precoce delle membrane è sovente dovuta a particolari aderenze dell'uovo alla parete uterina, e queste stesse aderenze più tardi ostacolano il distacco spontaneo della placenta.

Una operazione in tali condizioni pure molto grave ed a prognosi riservatissima è il taglio cesareo, che qualche volta si è costretti ad eseguire per viziature pelviche di grado estremo, per tumori, e così via. È prudente allora fare un taglio cesareo demolitore.

Ai fini di precisare la prognosi avrebbe la più grande importanza la pronta e precisa identificazione dei germi che sono causa dell'inquinamento, ma la tecnica batteriologica non ci consente di arrivare in pochi minuti a questo risultato; perciò la prognosi viene basata solo su criteri clinici. Si può ricordare però che gli inquinamenti da germi gasogeni sono particolarmente gravi, e quindi che la mortalità in seguito a timpanismo uterino è molto più elevata.

Merita particolari considerazioni anche la prognosi fetale, tanto più che nel caso nostro il feto fu estratto gravemente sofferente e non sopravvisse. Questo esito non ci meraviglia: anche nei casi apparentemente lievi, il feto corre costantemente pericolo estremo. Per ricordare anche a questo proposito la statistica che io raccolsi circa un trentennio addietro, posso dire che nei casi allora da me osservati su 27 bambini solo cinque vissero; cioè la mortalità fetale fu dell'81,5 %. Anche oggi non siamo lontani da queste cifre così elevate.

La morte del feto è dovuta alle cause poco innanzi indicate, e cioè all'assorbimento di materiale putrido da parte della pelle, della mucosa gastro-intestinale, o di quella dell'albero respiratorio. Il feto può morire durante il parto o nascere così sofferente, come nel caso nostro, da non potersi rianimare.

Ma anche quando, al momento della nascita, le condizioni del neonato sono apparentemente buone, non possiamo essere del tutto tranquilli. Spesso materiale inquinato è già penetrato nei bronchi ed allora dopo uno o due giorni questi neonati presentano segni di broncopolmonite, quasi sempre mortale. Altre volte si hanno infezioni generali, di origine ombelicale. Altre volte ancora congiuntiviti o anche suppurazioni cutanee consecutive ad abrasioni di origine operatoria. Onde soltanto quattro o cinque giorni dopo la nascita, quando si constati che tutto decorre in modo regolare, si può essere sicuri circa il destino del neonato.

Ci sbrigheremo con poche parole a proposito della profilassi di questa complicazione del parto. Dal momento che si presenta solo a membrane rotte, ne emerge la opportunità di evitare, nei limiti del possibile, la rottura delle membrane a dilatazione poco avanzata. Se le membrane sono rotte, sarà prudente astenersi da esplorazioni vaginali, che inevitabilmente trasportano meccanicamente germi nell'utero. Sarà anche opportuno tenere la partoriente a letto, coi genitali esterni protetti da materiale sterilizzato.

È sopra tutto, nelle partorienti a membrane rotte, converrà sorvegliare attentamente il polso e la temperatura. Appena questa oltrepassi i 38°, se vi sono ragioni per dubitare dell'inquinamento amniotico, è interesse per la madre e per il feto che il parto venga terminato sollecitamente. Quindi, come nel caso oggi illustrato, si ricorre volentieri alla dilatazione artificiale del collo uterino, poi all'estrazione. È prudente ridurre al minimo le lesioni del canale genitale onde evitare l'apertura di altre porte di ingresso ai microrganismi; quindi specialmente la dilatazione del collo uterino dovrà essere cauta. Per questo stesso motivo, a feto morto, si largheggierà nelle operazioni embriotomiche.

Gli studenti di turno hanno osservato come subito dopo estratto il feto sia stata fatta nel nostro caso una abbondante lavanda endoamniotica. Questo perchè, uscito appena il feto, la superficie dell'utero rimane pel momento rivestita dalle membrane ovulari: il processo putrido o settico si è svolto in una cavità che, a rigore di termini, non è delimitata dalle pareti uterine, ma soltanto dalle membrane ovulari. I germi fino a questo momento non sono venuti a contatto colla parete dell'utero, mentre poco più tardi, durante il secondamento, le membrane facilmente si lacerano e solo allora si ha la disseminazione lungo la parete uterina. Per allontanare, o almeno per diminuire questo pericolo, si suole, dopo estratto il feto, fare una abbondante lavanda detersiva nella cavità ovulare con liquido antisettico e non tossico (soluzioni di permanganato, di lisoformio, ecc.).

Poi si attende il secondamento, e qui è particolarmente raccomandabile l'attesa paziente e la corretta assistenza, onde evitare distacchi parziali della placenta che poi ne impongano la estrazione manuale. Quando la placenta sia stata espulsa, eseguiamo di solito una pennellatura della cavità uterina con tintura di iodio.

In ogni caso di inquinamento amniotico in travaglio la paziente va attentamente sorvegliata nei giorni successivi: in via preventiva possiamo fare iniezioni di vaccini o di proteine. Se la febbre continua o si ripresenta dopo qualche giorno, ricorreremo subito, come in questa paziente, alla medicatura locale, endouterina.

Anche il neonato abbisogna di particolare trattamento: è doverosa in questi casi la causticazione delle congiuntive alla Credé, come anche la disinfezione dell'ombelico mediante impacchi di alcool. Si medicheranno attentamente eventuali abrasioni cutanee e si sorveglierà la funzione dell'apparato respiratorio, sebbene nella eventualità di una broncopolmonite scarso utile possiamo attenderci dalla terapia.

NOTE E CONTRIBUTI.

R. Arcispedale di S. Maria Nuova e Stab. Riun. di Firenze.

Turno Chirurgico

Direttore: prof. Oscar Marchetti

Considerazioni sulle mammellettomie parziali per cancro.

Dott. Romanello Mannini, assistente.

Il cancro della mammella, per la sua frequenza e soprattutto per la sua estrinsecazione essenzialmente esterna, figura nella letteratura fra i tumori più estesamente studiati. Ciò è da spiegarsi anche per il fatto che le varie questioni che su di esso vengono poste, riflettono questioni d'ordine generale che si presentano nella chirurgia cancerosa. Quindi si comprende facilmente come in ogni epoca sia stata affannosa la ricerca delle cause per migliorare il pronostico di questa forma morbosa e come dai varî AA. sia stato soprattutto preso di mira il comportamento dei casi operati nei riguardi della recidiva. Si comprende parimenti come primo orientamento dei chirurghi sia stato quello di ricercare sempre più nelle cause l'indirizzo giusto per una completa asportazione del tumore. Su due di queste cause fu il generale orientamento ed esse del resto restano fino ad oggi i punti di mira della moderna pratica chirurgica nel trattamento dei tumori e cioè alla precocità dell'intervento ed all'ampiezza dell'eseresi.

Precocità dell'intervento intesa non nel senso del tempo trascorso fra l'inizio del tumore ed il momento in cui si opera, periodo questo di approssimativa e difficile giudicabilità; ma sibbene per i caratteri presentati dal tumore e dall'adenopatia secondaria, elementi questi di possibile riferimento sebbene di valore assai relativo. Del resto osservando le varie statistiche riferite troviamo come tutti siano ormai d'accordo sull'efficacia dell'intervento precoce. Infatti nei casi in cui non si hanno gangli clinicamente apprezzabili, le guarigioni al di là dei tre anni arrivano al 68 % (Lindenberg); 69 % (Steinthal); 70 % (Halsted); 71 % (Villard e Mouriquand); 76 % (Höring); 80 % (Deaver); 85 % (Salomon).

Se vi sono dei gangli infiltrati, qualunque sia l'estensione dell'eseresi, tutti i chirurgi riferiscono notevole diminuzione delle guarigioni: 29 % (Höring); 27 % (Linderberg); 26 % (Steinthal); 24 % (Halstede); 21 % (Villard e Mouriquand).

Se si tratta invece di casi in cui il tumore prende larga aderenza alla pelle ed ai piani profondi la percentuale di guarigioni si fa ancora più bassa: 9 % (Höring); 7 % (Lindenberg) tanto da avvicinarsi a zero in quei casi in cui la diffusione neoplastica ha raggiunto i gangli sopraclaveari.

Non uguale armonia d'intendimenti si riscontra per quello che riguarda la tecnica da seguirsi nell'eseresi di questi tumori. Così a Ch. Moore precursore di una tecnica ampiamente demolitiva, seguono i nomi di Trélat, di Le Dentu ed infine quello di Halsted al quale spetta il merito di avere accuratamente descritta e curata l'applicazione di una tecnica ampiamente demolitiva, consistente nell'amputazione larga della mammella con la pelle sovrapposta, i due muscoli pettorali e risalendo nell'asportazione dei gangli e del cellulare non solo nella loggia sopraclavicolare, ma fino alla biforcazione della carotide. Ricolma poi la grande breccia che rimane, malgrado l'avvicinamento dei lembi cutanei, con innesti dermoepidermici assai vasti prelevati contemporaneamente dalla coscia del paziente. È lo stesso Autore che più tardi, nel 1907 (*Annales of Surgery*), sempre più convinto di dominare il tumore mammario con l'ampia eseresi, e sicuro della sua diffusione per via linfatica, non teme di affermare che si può estendere la resezione alla gabbia toracica, si può amputare il braccio e disarticolare la coscia quando il processo ha interessato l'omero ed il femore.

Altri processi ampiamente demolitivi si seguirono a quello originale di Halsted e furono legati al nome di Depage, di Kocher. Dal primo di questi possiamo rilevare come le recidive al di là dei tre anni nel decennio che va dal 1865 al 1875 fossero del 9,4 %, mentre dopo l'applicazione degli ampi interventi le non recidive al di là dei tre anni salissero al 46,5 % nel decennio che va dal 1895 al 1905. Le Dentu, pur non seguendo la tecnica del precursore, tuttavia si dichiara partigiano degli interventi estesi, mantenendosi un po' riservato sull'efficacia radicale di questi mezzi di cura. Ad ogni modo una statistica personale su 51 casi trattati da questo Autore con sistemi varii, tutti però ampiamente demolitivi, ci dice la confortante percentuale dei sopravvissuti:

al di là di 4 anni	28 =	47,45 %
» » » » 5 »	19 =	32,20 %
» » » » 6 »	17 =	28,81 %
» » » » 6 »	12 =	20,33 %
» » » » 8 »	11 =	18,64 %
al di là di 9 anni	10 =	16,94 %
» » » » 13 »	5 =	8,47 %
» » » » 15 »	4 =	6,77 %
» » » » 16 »	3 =	5,18 %
» » » » 18 »	2 =	3,39 %
» » » » 19 »	1 =	1,69 %

Pertanto se da altre statistiche riferite: M. Boreliut 35 % di non recidive dopo i tre anni, M. Ribera y Sans (de Madrid) 44 % di non recidive dopo i tre anni, Fiorani 54,8 %, da M. Dollinger che ne riferisce il 24 %, è dimostrato come con la sola espressione cifrata sia oltremodo difficile interpretare una questione così complessa nella quale devono essere presi in attento esame molteplici fattori, tuttavia essa è sufficiente a mostrarci, sia pure molto genericamente, i reali miglioramenti dei risultati post-operatori ottenuti con l'applicazione di interventi estesi.

Ciò risultava confermato anche nelle altre numerose statistiche riferite dai varii chirurghi al Congresso di Bruxelles del 1908, la cui media si aggirava a circa il 50 % di non recidive nei primi tre anni.

Sono di questo tempo gli importanti studi sul cancro della mammella riferiti dall'Handley il quale seguì gli elementi cancerosi attorno al tumore nei linfatici della fascia trasversale venendo nella conclusione che durante l'intervento questa bisognava esciderla tra clavicola ed una linea orizzontale che passa due dita sotto la xifoide e tra l'ascella e la linea mediana del torace. Poichè attraverso i linfatici di questa fascia gli elementi tumorali si portano a distanza, tanto che in alcuni casi il tumore pur non essendosi approfondito nel torace, già ha attaccato il margine anteriore del fegato in vicinanza del ligamento falciforme ove giunsero attraverso i linfatici della linea alba per un processo di « permeazione linfatica ». Fatti questi però, come giustamente rileva il Giordano, già osservati 162 anni prima dal nostro Nannoni, il quale avendo osservato in un caso di cancro della mammella l'ala anteriore del fegato scirrosa mentre erano indenni tutti gli altri organi del torace, ammise « esser cosa prudente e non temeraria se un chirurgo vede ben fatto in un caso disperato, tentare quel rimedio che possa avere qualche grado di casualità favorevole ».

Tuttavia grande fu l'importanza attribuita alle osservazioni dell'Handley in quanto che con esse oltre ad adottare una nuova tecnica operatoria per l'estirpazione dei tumori mammari, rigettava il meccanismo embolico delle metastasi neoplastiche, sostenendo la progres-

sione centrifuga degli elementi cancerosi lungo i linfatici della fascia fibrosa superficiale.

Non posso fare a meno di rilevare, senza approfondirmi sull'argomento, come i dati statistici surriferiti si siano ancor più migliorati in seguito all'applicazione della cura irradiante quale mezzo sussidiario nella chirurgia di queste forme.

Infatti anche recenti statistiche (Kroenig e Friederich) riferiscono il 77 % di non recidive dopo i tre anni; cifra che ben presto raggiungeva l'85 % in quei casi in cui con speciale tecnica l'azione irradiante veniva applicata dopo l'asportazione dei tumori che seppure grossi non aderivano alla pelle nè al muscolo pettorale (Perthes).

Così posta la questione chirurgica del cancro mammario, quali assicurazioni per l'avvenire potevano trarsi in seguito ai buoni risultati statistici ottenuti per l'applicazione di così estesi interventi, sia pure coadiuvati dall'azione irradiante a complemento dell'atto operatorio?

Varie considerazioni sono da farsi in proposito e per prima è bene rilevare che se con le ablazioni larghe le recidive locali, cicatriziali e ganglionari, sono divenute di frequenza relativamente minore, le recidive a distanza, dette metastatiche, si sono accresciute proporzionalmente; ne sono prova i casi citati da Mauclaire ove si parla di recidive gastriche, uterine, tibiali, vertebrali, ecc. nonchè i dati statistici riferiti da Depage che dal 7,3 % di recidive profonde si giunge al 23 %; fatti questi che se ci dimostrano l'efficacità maggiore dei nostri mezzi d'aggressione locale del cancro, però ci lasciano assai dubbiosi sul reale miglioramento del pronostico operatorio a distanza. Come pure la recidiva al di là dei tre anni, dei cinque anni oltre a dimostrarci l'insufficienza assai frequente dei nostri mezzi operatori, ci dice anche con quanta riserva debba pronunziarsi la parola guarigione, sia pure dopo l'adozione di atti operatori apparentemente i più completi, senza dire per altro che le operazioni su queste recidive sono di un pronostico assai peggiore a quello fatto su tumori primitivi.

Dunque, se pur con l'applicazione di tecniche ampiamente demolitive non si fanno in sostanza che delle resezioni di tumore, viene fatto di pensare quale valore debba attribuirsi all'appellativo di completo od incompleto dato comunemente a questi interventi messi in atto allo scopo di sradicare il cancro della mammella. Poichè affermiamo subito che una tale denominazione non può riferirsi che solo all'estensione da darsi all'atto operatorio, mentre non è nè può dimostrarsi per ogni singolo caso quale possa ritenersi operazione completa e quale incompleta. Infatti ad un paziente si può demolire tutti i tessuti e tutti i sistemi linfatici e sanguigni che sappiamo battuti dalle cellule migranti e che si riferiscono alle ghiandole mammarie, ed esservi già una metastasi ossea, che, sebbene non palesi alcun sintomo, può rendere incompleta un'operazione giudicata completa. Ricordo a tal proposito un caso, capitato all'osservazione del prof. Marchetti, di una signora che da qualche tempo aveva notato una tumefazione della grossezza di una nocciola in corrispondenza della mammella sinistra e che consigliatale l'operazione essa vi si sottopose e l'esame istologico del pezzo asportato, nella maniera che giustamente può dirsi la più completa, confermò il sospetto diagnostico e giustificò l'operazione intrapresa. Senonchè la malignità del tumore si manifestava in capo a poco tempo con una metastasi alla colonna vertebrale nel tratto dorsale. Ciò che dimostra che per essere sicuri sulla recidività o no di un tumore maligno, bisognerebbe aver modo di diagnosticare le metastasi e questo è impossibile perchè le metastasi si manifestano attraverso ad una sintomatologia che si fa palese solo quando esse, con il loro volume, interessano qualche organo capace di manifestarsi. Ad onta di ciò, per interventi completi sono considerati quelli che oltre a demolire il tumore con le ghiandole e gran parte della pelle della regione pettorale, i suoi muscoli e tavolta anche quella della regione opposta, le ghiandole ascellari, le sottoclaveari, le sottoscapolari con i linfatici, arriva fino allo svuotamento del triangolo sopraclaveare (Halsted, Pilcher, ecc.). Mentre per operazioni incomplete sono invece ritenute quelle per le quali viene tolta la ghiandola con il tumore, le metastasi dell'ascella e le ghiandole che si mostrano ingrossate o che comunque si scoprono durante l'atto operativo mentre si rispettano i muscoli pettorali. Pertanto è molto interessante rilevare come molti chirurgi hanno ottenuto ed ottengono ancora, seguendo quest'ultima tecnica operatoria, risultati buonissimi e non inferiori a quelli ottenuti da chirurghi che operarono con più estensione. Ed è curioso leggere a questo proposito il resoconto di un congresso di chirurghi americani del 1907 nel quale dai chirurghi del « Massachusett General Hospital » con l'appli-

cazione delle operazioni dette incomplete, hanno avuto il 25 % di guarigioni mentrechè la statistica globale dell'Ospedale non ha fornito che una percentuale del 20,9 %. Oliver con le operazioni incomplete accusa il 57,15 % di guarigioni e con le complete il 33 %. Cabot su 9 guarigioni contava il 23 % di operazioni mentre su 33 recidive o decessi per recidive, aveva il 50 % di operazioni complete. Il Primrose di Toranto « The Ann. Journ. of the Medical Science », genn. 1913, riferendosi a 216 tumori maligni operati, ha detto di avere avute recidive più rapide dopo le grandi operazioni, conformemente all'idee del Murphy, il quale affermava che i risultati attuali della cura del cancro della mammella non erano migliori di quelli ottenuti in passato con le piccole operazioni.

Si volle obiettare che l'inferiorità dei risultati riferiti nel Congresso Americano sull'operazione completa del cancro della mammella, era da spiegarsi nel fatto che questa aveva allargato i limiti dell'operabilità. Tale affermazione però è contraddetta dalla statistica del « Massachusett General Hospital » poichè nella prima metà del periodo decennale della statistica si hanno operazioni presso a poco come nella seconda.

Il prof. Marchetti, primario chirurgo di questo Arcispedale nel 1913, in una comunicazione fatta alla Società Filoiatrica Fiorentina « sulle cosidette cure complete del cancro della mammella », in base a considerazioni personali tratte da una larga esperienza fatta nella Clinica Chirurgica di Firenze, si dichiara soddisfatto dei risultati ottenuti dalle operazioni cosidette incomplete praticate su ammalati capitati alla sua osservazione. Così egli nel bandire le grandi operazioni si dichiara fatalista in quanto egli dimostra ed afferma che « se il cancro vuol ripetersi si ripete in tutti i modi e se è così è meglio non straziare le malate, ma dare loro una guarigione operatoria rapida senza quei postumi operatori che dalla paziente sono assai meno patiti che il tumore stesso ».

Nè pertanto possiamo fare a meno di ricordare come Greenought riferisse di avere ottenuto migliori risultati dall'applicazione di operazioni limitate in casi di tumori non molto estesi, mentre dalla statistica di Heurtaux si rileva pure come su 284 operati per semplice resezione del seno e del contenuto ascellare, 123 sopravvissero dopo quattro anni senza recidive. Di particolare interesse appare la esperienza di Warren il quale operando due serie di 50 malati, in cui i primi venivano sottoposti ad interventi limitati (resezioni) mentre i secondi venivano trattati con ampie eseresi del tipo di quelle dell'Halsted, otteneva 14 guarigioni definitive nei primi e dodici nei secondi.

Ed ora che siamo giunti al termine di questa lunga rassegna, ora che abbiamo ascoltati tutti questi fatti e tutte queste statistiche a quali conclusioni pratiche possiamo giungere? Certo le cifre surriferite assai diverse fra loro e perfino contradittorie, non avviano a risultati conclusivi, nè l'esposizione delle diverse tecniche operatorie conduce a risultati stabili nè a dimostrazioni certe. Dunque, seppur dobbiamo riconoscere che pel momento nulla sappiamo di preciso, nè possediamo alcun mezzo curativo d'azione costante e realmente efficace, come possiamo risolvere il dilemma chirurgico concernente il trattamento operatorio del cancro mammario, sul quale molto discordi sono tutt'oggi i pareri dei varii AA., dilemma che può riassumersi nella facoltà di contrapporre alle ampie eseresi interventi assai più economici?

Non si può disconoscere che un largo contributo alla risoluzione del presente quesito potrà essere dato dall'istologia patologica. Con essa infatti sono state già rilevate le diverse varietà d'epitelioma mammario ed in parte, dalla valutazione del loro potere di malignità è stato possibile trarre giudizi per proporzionare l'ampiezza dell'intervento all'estensione del neoplasma.

È utile tuttavia rilevare come la gravità di molti cancri del seno, sia dovuta a due cause principali: « la disseminazione delle cellule cancerose e la molteplicità dei focolai cancerosi ». Si sa infatti come caratteristica delle cellule maligne sia l'invasione dei tessuti normali, invasione che avviene attraverso gli interstizi dei fascicoli connettivali o delle cellule adipose, da parte di cellule neoplastiche isolate o riunite a gruppi. Tale disposizione è ben riconoscibile all'esame istologico, tanto da poterne stabilire dei gradi fra i varii tipi di tumori del seno in cui tale proprietà è spinta all'estremo.

La molteplicità dei focolai neoplastici nella ghiandola mammaria, è un'altra particolarità frequente nella trasformazione cancerosa di questa ghiandola. È stata descritta e considerata come mammite cronica un'affezione della ghiandola mammaria caratterizzata da malformazioni multiple della ghiandola con iperplasia epiteliale di cui molte sono degli

stati precancerosi. Ora l'ablazione parziale di una tale ghiandola, sia pure che si asporti un nodulo in via di cancerizzazione, non potrà garantirci da un ulteriore trasformazione carcinomatosa dei noduli iperplastici del resto della ghiandola. È facile comprendere come in tali casi sia logico asportare tutta la ghiandola anche se il nodulo epiteliomatoso sia piccolo e di scarsa malignità, come pure è logico sorvegliare l'altra mammella perchè spesso l'affezione è bilaterale.

L'istologia però spesso ci informa come certe deformità mammarie siano dovute a semplici iperplasie sospette od ad un epitelioma poco esteso, poco infiltrato; in questi casi di mammellettomia parziale può essere sufficiente senza l'asportazione sistematica dei gangli ascellari. Sempre attraverso l'indagine istologica sappiamo pure come certi epiteliomi a secrezione albuminosa, albumino-mucoide, a sede nell'interno dei condotti galattofori, dall'apparenza quasi incistata, possono guarire perfettamente con un ablazione parziale della mammella. Lo studio clinico di questi epiteliomi, dimostra come sebbene apparentemente maligni siano relativamente benigni in quanto che abbandonati a sè invadono poco e tardivamente i gangli linfatici, i quali a loro volta operati possono guarire definitivamente. Si comprende così come la collaborazione fra l'istologia ed il chirurgo possa essere quanto mai utile pel trattamento chirurgico di queste forme. È necessario però che l'istologo in caso di mammellettomia parziale per tumore del seno relativamente ben limitato non aderente alla pelle esente d'adenopatia clinicamente percepibile, porti la sua osservazione non solamente sui caratteri del tumore e sulla reazione dello stroma ma bensì sullo stato della ghiandola mammaria circostante, per escludere la possibilità di una infiltrazione a distanza, ciò che richiederebbe in un secondo tempo un'asportazione completa della ghiandola. Per queste considerazioni si comprende ancor più facilmente come un tale esame istologico non possa esser fatto così estemporaneamente come si vuole da alcuni chirurghi americani, i quali dall'esame dei pezzi asportati, durante il corso di un intervento, stabiliscono seduta stante l'ampiezza da darsi all'eseresi. Un tale metodo per quello che abbiamo sopra detto non può offrire che scarsa garanzia.

Dal lato clinico è pure interessante osservare come la letteratura di questi ultimi tempi richiami l'attenzione dei chirurghi sopra i buoni risultati ottenuti dall'esecuzione di mammellettomie parziali in casi di neoplasma mammario confermati istologicamente. Infatti Brodier descrive un caso di tumore del seno di apparenza benigna e che dopo l'asportazione, all'esame istologico fu rilevato trattarsi di un cancro in evoluzione. Consigliato alla paziente un intervento più radicale questa lo rifiuta. L'avvenire dette ragione all'ammalata poichè essa è vissuta per lunghi anni ed è morta di tutt'altra malattia.

Un caso descritto da Dartigues trattavasi di una donna di 65 anni che operata di mammellettomia parziale per un epitelioma confermato istologicamente, infiltrante in maniera diffusa il derma e l'epidermide, a 12 mesi di distanza dall'operazione, non presentava nè recidiva nè adenite ascellare. Un altro caso riferito da Luquet in cui si trattava di un epitelioma del seno sinistro e che alla distanza di tre anni e mezzo dall'asportazione non presentava nè recidive locali nè infiltrazioni ganglionari a distanza. Non privi di significato sono i casi operati nel Turno del prof. Marchetti in cui in uno trattavasi di una giovane donna, certa A. M. di Firenze, che sottoposta a mammellettomia parziale per adeno-carcinoma della mammella sinistra, confermato istologicamente, circa dieci anni fa, gode tuttora buona salute non presentando nè recidive locali nè a distanza. L'altra, certa R. A. di Firenze, operata d'amputazione parziale della mammella destra per carcinoma midollare iniziale, alla distanza di più di due anni non presenta nè recidive locali nè metastasi.

A questo primo gruppo di casi credo opportuno aggiungerne degli altri non meno interessanti citati nel 1930 alla Société des Chirurgieus de Paris de Bonneau, da Luquet e da M. Jean Lanot nei quali all'asportazione di un nodulo neoplastico mammario, confermato tale istologicamente, seguiva alla distanza di qualche giorno l'amputazione del seno e lo svuotamento del cavo ascellare, mentre l'esame istologico ottenuto dai varii pezzi anatomici asportati non svelava tracce di infiltrazioni neoplastiche. Osservazioni queste, che sebbene abbiano in apparenza un valore assai relativo, tuttavia, specie se messe in rapporto con i casi sopra descritti, possono farci pensare alla possibilità che il primo intervento potesse essere stato sufficiente all'estirpazione completa del tumore.

Pertanto pur essendo ben lungi dall'affermarmi con ciò partigiano assoluto della mammellettomia parziale, tuttavia tengo nel far rilevare come non scarsi sieno i casi in cui

un tale intervento economico è stato sufficiente a garantire la guarigione definitiva del male.

D'altra parte le nozioni che noi abbiamo in fatto di cancro sia sull'eziologia, sul suo sviluppo e sul modo di recidivare, come pure sul suo trattamento particolare, essendo così oscure e limitate, non possiamo con sicurezza dettare sistemi di cura fissi, ma sibbene, dal rilievo dei fatti osservati possiamo contribuire sempre più ad ammaestrarci per risolvere il problema chirurgico del trattamento operatorio di queste forme. Infatti è bene ricordare che se vi sono casi d'epitelioma mammario in cui il trattamento con mammellettomia parziale fu sufficiente ad assicurarne la guarigione, ve ne sono altri che sebbene operati all'inizio con operazioni che a buon diritto potrebbero chiamarsi radicali. ablazione della mammella con asportazione dei pettorali e toilette completa del cavo ascellare, dopo un lasso più o meno lungo di tempo, hanno dato una recidiva locale ed una metastasi polmonare o vertebrale.

Al contrario casi clinicamente gravi, dalla cute già infiltrata con evidente adenopatia ascellare, trattati col medesimo sistema ampiamente demolitivo dare guarigioni definitive. In base a queste osservazioni assai contraddittorie che cosa dunque noi possiamo concludere? Dobbiamo purtroppo confessare che la concezione attuale della chirurgia del cancro mammario non può essere una questione completamente definita. I vari fatti constatati in mezzo alla deficienza clinica e sintomatologica dei singoli casi, l'istologia che non è ancora giunta al punto di stabilire esatte differenziazioni fra i vari tipi istologici di tumori da poterne lumeggiare il loro peculiare comportamento, permettono solo di potere affermare che nella cura del cancro vi sono casi che chirurgicamente si vincono e casi che non si vincono e che noi non sappiamo distinguere gli uni dagli altri. Mentre dobbiamo sicuramente ammettere che esistono delle forme istologiche e cliniche di tumori assai differenti fra loro e che, una volta meglio conosciute e differenziate, potranno apportare indicazioni operatorie pure differenti. Attualmente le condizioni permittenti una guarigione chirurgica del cancro sono ancora un mistero e giudicando dalle operazioni incomplete che si facevano circa 40 anni fa e che pur davano delle guarigioni, è logico dedurre che l'atto operativo soltanto non è l'unico fattore da prendersi in considerazione. Quindi altre condizioni certamente d'ordine morfologico istologico intervengono per influenzare il pronostico, poichè altrimenti non sarebbero spiegabili le guarigioni permanenti ottenute in passato, come pure ai giorni nostri, con semplici resezioni.

Certamente l'essenza del fatto dovrà ricercarsi nel saper valutare esattamente l'energia di sviluppo delle cellule neoplastiche, vale a dire dallo studio fine ed accurato della cariocinesi nucleare noi potremmo trovare la base di questo citoprognostico. Così lo studio istologico attento del tumore è indispensabile, esso oltre a legittimare l'intervento può servire di base alle ricerche per lo studio della malignità relativa nelle differenti varietà di cancro.

Il tipo istologico dunque speciale a ciascun tumore ed a ciascun individuo sembra avere sul pronostico una influenza più grande che un'operazione sia pure apparentemente la più radicale. Infatti l'estensione dell'atto operatorio è ormai dai più riconosciuto essere elemento incapace ad assicurare il buon esito, data l'impossibilità di stabilire clinicamente i limiti di diffusione del tumore esistenti in ogni singolo caso. Quindi per concludere sul presente argomento in base alle considerazioni fatte, seguendo il concetto generale di proporzionare l'ampiezza dell'intervento all'estensione delle lesioni, credo giusto potere affermare, anche per i casi in cui in passato e presentemente mammellettomie parziali furono sufficienti ad indurre una guarigione definitiva della lesione neoplastica, che, allorquando ci troviamo davanti ad un tumore del seno circoscritto sospetto di malignità ma che clinicamente non presenta nè retrazione della mammella nè aderenze con la pelle, mobile sui piani profondi e privo di metastasi ascellari, sia opportuno praticare una resezione ampia che oltre a servire allo studio completo del tumore e delle zone prossimiori, può essere sufficiente all'asportazione completa di ogni punto invaso dal neoplasma, riservandoci l'amputazione della mammella qualora in seguito, sorvegliando l'ammalato, si constati il formarsi di una ripetizione locale, mentre praticheremo la toilette del cavo ascellare solo in quei casi in cui i gangli risultino clinicamente invasi dal tumore, confortati in ciò anche dal fatto che da osservazioni recenti risulta come l'ablazione dei gangli non alterati e la toilette sotto-clavicolare preventiva non sembra aver aumentata la quantità delle guarigioni definitive.

RIASSUNTO.

L'Autore dopo aver esposto sinteticamente i dati storici riguardanti la chirurgia del cancro del seno, in base a considerazioni cliniche ed istologiche, sostiene, come in molti casi di neoplasma mammario con particolari caratteri clinici, la mammellettomia parziale in sostituzione d'interventi più estesi può essere sufficiente alla guarigione definitiva del tumore.

BIBLIOGRAFIA.

Bull. et mém. Soc. de Chir. de Paris, 22:49, Jan. 24, febr. 7, 1930.

Atti del XXX Congresso Francese di Chirurgia. Proc. verb. Par., 1921, 556-591.

BUONSANTI P. *Tumori del seno con studio speciale delle lesioni precancerose.* Archivio Ital. di Chirurgia, vol. XXXII, fasc. I, sett. 1930.

E. DAHL-IVERSEN. Lyon Chirurgical, t. XXIV, n. 6, nov.-dic. 1927.

FORGUE E. *Les résultats éloignés de la chirurgie des cancers du sein.* Monde Méd., 1921, XXX, 368-370.

GIORDANO. *Riflessioni su alcuni casi di tumori mammari.* Riforma Medica, Napoli, 1920, XXX, 949-952.

HARTAM. *Cancer du sein.* Rev. gén. de clin. et de thérap., 1921, XXXV, 836.

LEYORS. *La chirurgie du cancer au début du vingtieme siècle.* Semaine médicale, 1908, n. 40.

PISTOLESE F. *Contributo alla chirurgia del cancro della mammella.* Gaz. Med. Napoletana, 1921, 177, 201.

PORTUGAL. *Contribution à l'étude des tumeurs du sein chez l'homme.* Bordeaux, 1919, 75, n. 31.

POTHERAT E. *Note sur la sut. après l'amputation du sein dans les tumeurs malignes de la mammelle.* Bull. Acad. de méd., 1920, 1, XXX, 326.

VILLATA G. *Il carcinoma della mammella. Considerazioni cliniche statistiche.* Arch. Ital. di Chirurgia, 20, 586-605, 1928.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Ileo complicante un tifo ambulatorio, diagnosticato ileo verminoso.

Dott. GIANNINO CONTE.

N. N., di anni 6, da Bottrighe, prov. di Rovigo. Il piccolo malato fu veduto da me per la prima volta il giorno 10 agosto 1928.

Anamnesi famigliare: negativa sia in linea diretta come in linea collaterale.

Anamnesi personale: è raccolta in base ai dati forniti dalla madre, quindi è inevitabilmente deficiente in qualche sua parte.

Il bambino ha goduto ottima salute fino al giorno 8 agosto; non ha sofferto neppure i comuni esantemi dell'infanzia; è cresciuto robusto e regolarmente sviluppato.

L'unico fatto anormale, verificatosi nei giorni 5 e 6, fu dato dalla defecazione di alcuni ascaridi, tanto che la madre aveva pensato di somministrare un vermifugo.

Stando questo stato regolare di salute, improvvisamente, senza nessuna causa evidente, il giorno 8 agosto alle ore 16, il bambino, mentre stava giocando in cortile, fu preso da violentissimi dolori addominali: la madre, richiamata dalle di lui grida, andò a prenderlo e lo mise a letto.

Dopo la somministrazione d'una purga e d'un vermifugo il bambino non solo ebbe il beneficio del corpo, emettendo ascaridi in grande quantità, ma anche i dolori scemarono notevolmente, tanto che il bimbo riposò bene tutta la notte. Il giorno dopo, 9 agosto, il piccolo sembrò notevolmente migliorato: aveva desiderio di giocare e lasciare il letto. Persisteva ancora una certa dolenzia diffusa, che scomparve quasi del tutto dopo un paio di scariche accompagnate anche queste da emissione di elminti. La madre attese tranquillamente la guarigione, come se tutto avesse da concludersi in una banale colica verminosa.

Ma nella notte dal 9 al 10 agosto il piccolo si aggravò improvvisamente. La colica addominale si ripetè di nuovo violentissima, questa volta accompagnata da vomiti e da un fatto osservato dalla madre stessa: durante gli accessi dolorosi, che si manifestavano *a poussée*, si disegnavano tutto attorno all'ombellico delle gobbe e sinuosità in continua evoluzione e maggiormente evidenti quando i dolori erano più forti.

Contrariamente ai giorni precedenti il bambino questa volta scottava; infatti quando interrogai la madre circa la febbre, essa la escluse fino alla notte dal 9 al 10, asserendo che il figlio era stato sempre fresco fino a questo momento. La somministrazione di una purga e d'un vermifugo fu senza effetto. Al mattino fu praticato un clistere di acqua e sapone che uscì tale e quale.

Al mattino del giorno 10, verso le ore 9, la madre ricorse alla mia opera.

E. O. Temp. 38°; polso 160.

L'aspetto denota molta sofferenza. I tratti del viso si delineano periodicamente in una smorfia di dolore, mentre il piccolo emette un continuo flebile lamento.

Facies abdominalis. Stato di nutrizione discretamente conservato. Il bambino giace immobile, quasi del tutto incosciente, in decubito supino. La lingua è secca e rossa.

Cuore e polmoni: nulla di patologico.

Addome: l'addome si presenta tumefatto in totalità a forma globosa, con maggiore accentuazione al di sotto e a destra dell'ombellico. Periodicamente si designano sulla parete addominale i movimenti peristaltici intestinali, per un'area attorno all'ombellico in forma di superficie circolare, maggiormente estesa a destra che non a sinistra, cioè mentre a sinistra sorpassa di circa quattro dita l'ombellico, a destra tocca invece la linea di proiezione cutanea del colon ascendente, di lato, e sotto raggiunge la fossa ileo-cecale.

Alla palpazione non si rileva granchè di notevole. La percussione dà un'area di subottusità timpanica, che si estende tra l'ombellico, la fossa ileo-cecale e la metà inferiore del colon ascendente.

Nulla si rileva all'ascoltazione.

Diagnosi: ileo acuto con sede dell'occlusione negli ultimi settori dell'intestino tenue verso la valvola ileo-cecale.

Diagnosi di causa: in base alla sintomatologia ed ai fenomeni verificatisi nei giorni precedenti penso che un gomitolo di ascaridi abbia ostruito il lume intestinale.

Questa diagnosi è approvata da due consulenti; il medico condotto del paese di Bottrighe ed il primario medico dell'Ospitale di Adria.

Viene proposto l'intervento: la famiglia si decide il giorno dopo, 11 agosto.

Il bambino decede durante l'intervento, come si era temuto, prospettandone la triste possibilità alla famiglia.

Quadro anatomo-patologico rilevato dall'atto operativo (Operatore: dott. Ricci, dell'Ospitale di Adria). — Aperto l'addome ed entrati nel cavo peritoneale non si percepisce nessun odore anormale, nè si vede liquido libero; solo le anse situate immediatamente sotto la ferita operatoria sono meteoriche e sgusciano fuori. Dopo un primo sommario esame vengono trovate gran parte delle anse del tenue meteoriche mentre parecchie altre sono afflosciate con le pareti combacianti.

Cercato il punto occluso, nelle vicinanze della valvola ileo-cecale si trova ben presto un gomitolo aggrovigliato in cui i tratti dell'intestino sono saldati fra loro con produzioni infiammatorie di fibrina e stretti e stirati da briglie fibrose di data non tanto recente. In questo gomitolo la sierosa è iniettata.

Si dipania la matassa per cercarne il focolaio, e si giunge ad una specie di borsa formata da tratti intestinali saldati fra loro; da questa borsa esce un liquido icoroso-purulento che puzza molto. Uno di questi tratti porta un'apertura rotonda larga come un'attuale moneta da dieci centesimi: questa porzione d'intestino appartiene all'ultimo settore, nelle vicinanze della valvola ileo-cecale ed è parzialmente stenosato per processo cicatriziale dell'ulcera. Risulta evidente che la perforazione non è altro che un'ulcera perforata. Per i caratteri intrinseci di questa e per l'avere trovato lungo il medesimo tratto d'intestino altre ulcere con i caratteri anatomo-patologici delle tifose diviene logico il decidere che la perforazione si è prodotta su di un'ulcera da tifo.

Ultima cosa da dire sul reperto è che, palpando qualche tratto intestinale, si percepirono taluni ascaridi. In conclusione, dopo il reperto al tavolo operatorio la diagnosi rimase così definita: ileo da stenosi intestinale per cicatrici e aderenze in terreno infiammatorio da peritonite per ulcera perforata.

ANALISI DEL CASO.

1) Il primo punto che merita d'essere spiegato è il parziale errore di diagnosi: parziale perchè in realtà si trattava di ileo, ma si sbagliò la causa. Prima di tutto bisogna dire che tanto io, come i consulenti siamo stati costretti a servirci dei dati anamnestici forniti dalla madre, i quali erano fino al giorno 8 assolutamente muti ai fini della diagnosi; ma che non potevano essere frutto d'una osservazione scrupolosa, guidata da lume clinico, perchè la persona, che li raccolse, non era certo atta a fare una indagine precisa e scientifica. Questa deficienza nell'anamnesi costituì una importante lacuna clinica nella sintomatologia e quindi noi, per forza di cose, non potendo avere di meglio, guidati da quell'apparente silenzio storico, siamo stati portati all'errore di diagnosi.

A causa dell'errore non resterebbe più nulla da dire; ma ogni medico al letto d'un malato, che non dice i propri disturbi passati e presenti, deve sempre diffidare delle informazioni spesso in buona fede fallaci dei parenti e deve invece affilare maggiormente le proprie armi diagnostiche in base ai dati obbiettivi esistenti. Dunque, considerate malfidate le informazioni materne, è necessario rivedere se potevamo pensare ad una complicazione nel corso d'una infezione eberthiana. Del senno del poi sono piene le fosse: veduto il caso al tavolo operatorio è facile formulare la diagnosi e dare ad ogni sintomo il suo momento anatomico, ma nella discussione presente bisogna prescindere dai fatti considerati *de visu* e *de tactu*.

Il caso è nato e si è risolto in due giorni, dall'8 al 10 agosto: devo quindi necessariamente riferirmi ai fenomeni sofferti dal bambino in questo periodo. Pure pensando a fallacità nel racconto materno trovo tre dati che stanno contro alla diagnosi rilevata dal reperto operatorio, e precisamente:

a) la mancanza d'un periodo peritonitico;

b) l'acutezza con cui si sono manifestati i fenomeni occlusivi;

c) l'emissione di vermi.

Analizzo singolarmente questi punti.

Il primo: è evidente l'assenza di un periodo peritonitico, perchè dalla colica del giorno 8 a quella dal 9 al 10 il bambino ha goduto d'una salute pressochè normale. Secondo il reperto operatorio il primo fatto doloroso dovrebbe essere interpretato come un fenomeno acuto da perforazione, ma allora sarebbe incompatibile

il benessere dopo la prima scarica e la quasi scomparsa del sintomo dolore dopo le due defecazioni del giorno 10, tutte accompagnate da abbondante emissione di vermi. Credo quindi che la diminuzione dei dolori prima e la quasi assoluta loro cessazione poi depongono molto decisamente contro una perforazione intestinale seguìta da peritonite; penso invece che è stato assai più naturale e logico pensare allora ad una colica addominale causata da vermi, servendoci quasi d'un criterio *ex adiuvantibus*, perchè l'evacuazione degli elminti ha fatto prima diminuire e poi quasi cessare le sofferenze. Precisamente questi dolori addominali possono essere provocati in due modi: mediante un'azione meccanica, e cioè come risultato d'una esagerata peristalsi promossa per espellere un gomitolo di vermi; secondo, per effetto di contrazioni spastiche prodotte dalle tossine elmintiche (Strümpell, Feer, Lujan).

Il secondo: l'acutezza dei fenomeni occlusivi. Al tavolo operatorio fu dimostrato che trattavasi d'una stenosi cicatriziale coadiuvata da stiramenti e stritture prodotti da briglie fibrose. Ma al letto del malato non si aveva il tesoro clinico di questi dati, quindi, pure pensando ad una stenosi di natura cicatriziale, la si doveva scartare, perchè l'occlusione definitiva avrebbe dovuto essere preceduta da una serie di fatti premonitori. Infatti (Forgue) ci vuole del tempo prima che una cicatrice e aderenze intestinali diano luogo ad una occlusione definitiva, ed è troppo breve il tempo intercorso tra i sintomi del giorno 8 e quelli definitivi nella notte dal 9 al 10 per ammettere che nello spazio di neppure 48 ore si siano stabilite cicatrici così tenaci e aderenze così numerose da determinare una occlusione perfetta.

Il terzo: ma il fatto che più d'ogni altro servì a condurre ad una diagnosi errata fu l'abbondante emissione di ascaridi. Il Kaufmann, parlando dell'ascaride, descrive un tipo di ileo dovuto alla presenza di vermi nell'intestino, e precisamente promosso con due meccanismi: un primo causato dalla presenza di gomitoli di vermi che occludono il lume intestinale, un secondo dovuto a spasmi di origine tossica capaci di diffondersi a tutto l'intestino.

Attratto dalla citazione autorevole del Kaufmann, ha inoltre contribuito, per formulare la diagnosi di ileo da elminti, anche la suggestiva rarità del caso, distraendo l'attenzione da altri tipi di ileo acuto; come, per esempio, da diverticolo di Meckel e da volvulo.

2) È utile ora rifare il caso clinico in base ai dati anatomici rilevati dal reperto operatorio: questo ci dimostra ad un primo esame superficiale che trattasi di un caso di ileotifo, il cui processo peritonitico nato da un'ulcera e prontamente circoscritto ha dato luogo a tali aderenze e formazioni cicatriziali da produrre una stenosi intestinale completa.

È evidente che trattasi di un caso di tifo ambulatorio. Escludo prima di tutto che il caso si sia sviluppato sul terreno di un'ulcera perforata.

Gli AA. (Strümpell, Forgue, Kaufmann) sono d'accordo nell'ammettere la gravità mortale della peritonite da perforazione dell'intestino o dello stomaco, perchè in questi casi insieme ai germi avviene nel caso peritoneale uno spandimento di liquido già per se stesso inquinante, il quale favorisce ed accresce l'azione virulenta dei microbi. In ogni modo un caso di perforazione intestinale non può mai mancare d'un periodo più o meno lungo di peritonite generalizzata; questa nel mio malato è essenzialmente inesistita. Infatti, se si avesse avuto il quadro peritonitico, certamente ancor prima della notte dal 9 al 10 l'attenzione della madre sarebbe stata senza indugi allarmata.

Elencando i sintomi delle due giornate, solo la colica del giorno 8 può fare pensare a fatti addominali d'una certa importanza; ma non tali però da assumere valore patognomonico per una perforazione e consecutiva peritonite, perchè la sintomatologia si è troppo prontamente sedata dopo un'unica defecazione verminosa. Si aggiunge inoltre, per quanto poco probativo, un dato anamnestico contro la peritonite: la mancanza della febbre ed il benessere del bambino. La colica addominale del giorno 8 sta a dimostrare solo che c'era un gomitolo di vermi, per espellere i quali l'intestino compiva sforzi spasmodici accresciuti dal fatto che sul passaggio degli elminti esisteva una stenosi già iniziata, ma ancora di tanto parziale da permettere la evacuazione: altrettanto può essere detto per i dolori del giorno 9.

C'è un altro fatto anatomico che depone contro una perforazione e peritonite consecutiva; quel grande groviglio di aderenze e di briglie cicatriziali. L'epiploon, i meso (Forgue) sono strenui e velocissimi nell'opporre una barriera al propagarsi dell'infezione, ma lo spazio di tempo dal giorno 8 alla notte dal 9 al 10 è troppo breve per spiegare tanta esuberanza attorno all'ulcera ed un così perfetto e ristretto isolamento. Bisogna dunque ammettere che i fatti neoformativi siano cominciati in

data più remota ed attorno ad un focolaio con andamento cronico, che per merito della sua relativa benignità abbia permesso il formarsi graduale delle aderenze e delle cicatrici. Quindi non certamente un'ulcera perforata. Rimane solo un fatto allora: un'ulcera non perforata che dette luogo ad un processo peritonitico lento per contiguità.

C'è però un fatto, il quale a prima vista può sembrare contro la mia affermazione. Al tavolo operatorio si trovò un'ulcera perforata. Prima di tutto devo dire che la perforazione fu involontariamente ingrandita dall'operatore, perchè questi dovette molto tirare per sbrigliare le anse saldate tra loro. Allo stesso modo quindi si potrebbe dire che la parete intestinale corrosa dall'ulcera, divenuta assai fragile, si aprì all'istante dello sbrigliamento, lasciando fuoriuscire quel po' di liquido icoroso-purulento trovato nella sacca, analogamente a quanto succede negli esami necroscopici (Kaufmann); però la mia tesi può essere ugualmente sostenuta anche ammettendo l'esistenza d'una perforazione patologica e non artificiale. Credo cioè che, se c'è stata una perforazione, come molto probabilmente, questa fu durante l'ultima serie dei fenomeni, nella notte dal 9 al 10 ed i suoi sintomi si sono accavallati con quelli dell'ileo, coadiuvandoli. La violenta peristalsi, accresciuta anche dalla stenosi, ha agito sulla parete intestinale assottigliata dall'ulcera: così avvenne la rottura patologica; il chirurgo, dipaniando la matassa, ha fatto il resto, e così è spiegata l'esistenza d'una sì ampia perforazione.

Sono così giunto all'ultima parte della sintomatologia, cioè ai fatti della notte dal 9 al 10, i quali, sulla guida del reperto anatomo-patologico e secondo quanto ho detto finora, sono spiegati in questo modo o, meglio, in questi due:

a) la stenosi, fino allora parziale, si è completata con l'attorcigliamento di un tratto intestinale attorno ad una briglia, come avviene da parte del diverticolo di Meckel;

b) la fenomenologia d'un ileo subacuto si è integrata e completata con quella d'una perforazione avvenuta all'ultimo momento, come nel modo detto sopra.

Credo che con ogni probabilità ambedue questi fatti siano intervenuti a determinare la definitiva conclusione del quadro sintomatico, perchè anche ammettendoli tutti e due, meglio ci si accorda con quanto si constatò al tavolo operatorio.

Concludendo: secondo la discussione fin qui condotta, il caso si può riassumere brevemente così:

Tifo ambulatorio in bambino di sei anni, complicato da peritonite per contiguità da un'ulcera, sul cui terreno si stabilì una tale reazione infiammatoria di difesa, da dare luogo ad una stenosi del lume intestinale, la quale si è conclusa e completata con peritonite da perforazione.

3) Particolarità d'un certo interesse rilevabili in questo caso:

a) si tratta d'un tifo ambulatorio, che per la complicazione insorta riuscì mortale. Nulla di nuovo per quanto può interessare gli adulti, perchè la letteratura è ricca di questi casi; però, per quanto si concerne alla patologia infantile, esso può presentare un certo interesse. Gli AA. (Strümpell, Feer, Stranski, Valagussa) sono infatti d'accordo nell'ammettere la relativa benignità del tifo nei bambini e, viceversa, la rarità d'un decorso grave, ma sopratutto la difficoltà d'osservare complicazioni importanti. Questo caso, unito a molti altri, per una percentuale del 50 % di quelli da me osservati nei bambini, sta a dimostrare che deve essere sfatata l'idea che il tifo decorra benignamente nell'infanzia. Forse fu anche la convinzione in questa benignità che ha contribuito al mio errore di diagnosi. Ho potuto osservare nella mia carriera che il tifo nei bambini ha un decorso identico a quello degli adulti e che come in questi vi sono dei casi di *tiphus laevis, laevissimus*, così è per quelli. Si può al massimo dire che nei bambini, quando più sono giovani, c'è una percentuale alquanto più grande, che negli adulti, di casi leggeri e di casi a decorso non tipico; ma, come regola, questa malattia, anche nell'infanzia presenta tutte le particolarità negli adulti: e questo ordine di idee salverà certamente da molti errori;

b) il reperto operatorio ha mostrato che esisteva una stenosi della parete intestinale dove era l'ulcera. Kaufmann dice che è rara una stenosi cicatriziale nata sul terreno di un'ulcera tifica, e Strümpell afferma d'avere osservato un solo caso di questo genere. Sebbene l'occlusione sia stata molto di più dovuta agli stiramenti ed alle stritture delle aderenze e delle briglie che non alla stenosi cicatriziale in se stessa, credo tuttavia che la citazione anche di questo particolare non perda il suo interesse.

RIASSUNTO.

Stenosi intestinale che complica il decorso di un tifo ambulatorio. La stenosi è causata in

parte da reazione cicatriziale avvenuta sul terreno di un'ulcera, in parte da reazione infiammatoria all'esterno della parete intestinale per difesa contro un processo peritonitico nato per contiguità e continuità. Era stata fatta diagnosi di occlusione intestinale da elminti.

San Bellino (Rovigo), 12 sett. 1931 - X.

BIBLIOGRAFIA.

KAUFMANN. *Anatomia patologica.*
FEER. *Trattato di pediatria.*
LUJAN. *Su nove casi di enterocolite provocati da ascaridi.* Rivista di Clinica pediatrica. Rubrica « Periodici diversi », estratto da Revista Médica Latino-Americana, n. 172, gennaio 1930.
STRÜMPELL. *Trattato di patologia medica.* Vol. I, p. I e p. II.
FORGUE. *Trattato di patologia chirurgica.* Vol. II.
VALAGUSSA. *Consultazioni di clinica e terapia infantile.*
E. STRANSKI. *Compendio di pediatria.*

TECNICA.

Reattivo per la ricerca a freddo del glucosio. Metodo facile per ottenerlo.

Dott. FRANCESCO LETI - Roma.

In altro articolo comparso sul *Policlinico* (Sez. Pratica, n. 2, 12 genn. 1931) io parlava di un mio reattivo per la ricerca a freddo del glucosio nelle urine, fornito dalle due seguenti fondamentali peculiarità:

1) agisce a freddo, senza che sia necessario alcun riscaldamento esterno, per cui si differisce da tutti i reattivi noti, quali il Trommer, il Fehling, il Nyländer, ecc., che sono attivi soltanto in funzione di una sorgente calorifera, mentre se sprovvisti di fiamma restano inerti, e sono quindi inutilizzabili a freddo;

2) permette la ricerca del glucosio anche quando la quantità di urina sia difettosissima, ossia quando si disponga di una quantità presso che infinitesima di materiale, per esempio, di una goccia soltanto di urina; peculiarità che può essere sfruttata dal medico analista, quando le urine da esaminare siano in così scarsa quantità da non permettere un esame generale e completo, per cui anche un risparmio sia pure modesto di materiale, sia pure di poche gocce soltanto, può significare nella pratica la possibilità per l'analista di eseguire altre ricerche, e anche di condurre a termine un esame generale.

Però il modo da me indicato per ottenere questo reattivo era poco facile, e richiedeva una certa competenza tecnica di laboratorio, specie per la fusione dell'idrato sodico in un crogiuolo di argento; richiedeva un certo attrezzamento, ed era inoltre abbastanza dispendioso, sia per il consumo del gas, sia per il pericolo, sempre possibile, che in conseguenza della temperatura troppo elevata della soda fusa, venissero a formarsi gli ossidi colorati di bismuto, ciò che portava di conseguenza uno sciupio del prodotto (formazione di polverella colorata poco sensibile, invece che di polverella bianca assai più sensibile e pronta).

Avendo ora escogitato un metodo migliore per ottenere il suddetto reattivo termogenico, metodo che non richiede da parte di chi opera nè speciali abilità, nè speciali attrezzature, nè crogiuoli d'argento, ecc. e che non presenta il pericolo della formazione degli ossidi colorati, credo utile di riferirne.

Il metodo è ora semplicissimo: consiste nel polverizzare la soda caustica dentro un mortaio di porcellana, preferibilmente il tipo di soda caustica a scaglie, la cui polverizzazione è assai più facile. Esistono commercialmente vari modi di presentare l'idrato sodico; v'è il tipo a cannelli che è il più comune; v'è il tipo a gocce; infine v'è il tipo a scaglie, più difficile a trovarsi in commercio. Per i nostri scopi è da preferirsi questo ultimo tipo, ossia il tipo a scaglie, per l'evidente motivo che mentre la polverizzazione della soda in cannelli è cosa piuttosto difficile e richiede tempo e pazienza e anche un certo dispendio di forza (sotto l'azione del pestello la soda in cannelli salta in frantumi, e questi tendono a saltar fuori dal mortaio) la polverizzazione della soda in scaglie è invece estremamente facile, di corta durata, e si fa senza dispendio di forze.

Ottenuta la soda in polvere, si mescola con sottonitrato di bismuto; la mescolanza si fa nel mortaio stesso; e col pestello si agita fin quando si è sicuri di avere ottenuto una mescolanza omogenea.

Raggiungo attualmente un reattivo di buona sensibilità, operando nei seguenti rapporti di peso:

Soda caustica: circa 10 grammi;

Sottonitrato di bismuto: circa 1 grammo.

Il reattivo è così pronto. A causa della sua grande igroscopicità va conservato in recipiente di vetro chiuso a tappo di sughero paraffinato. Se è mal conservato il reattivo, a causa dell'azione dell'umidità atmosferica, perde in potere termogenico, e conseguentemente in sensibilità.

E dal momento che mi trovo in argomento mi sia consentito di chiudere questa nota con un breve spunto polemico. Ad alcuni è parso che questo nuovo reattivo che opera a freddo, sia nuovo solo per modo di dire, ma che non

presenti effettivamente nulla di nuovo e che altro non sia che un Nyländer modificato.

A mio avviso fra i due reattivi esistono invece sostanziali differenze.

È pur vero che ambedue i reattivi hanno in comune il sottonitrato di bismuto, ed è pur vero che hanno in comune la colorazione nera in caso di reazione positiva.

Mi sia lecito però di obbiettare che l'avere in comune un qualche cosa, non significa che si abbia a che fare con la stessa cosa: due edifici possono essere stati costruiti con lo stesso materiale edilizio, ed avere tuttavia due stili architettonici differenti, e anche essere adibiti a due differenti usi.

A mio avviso fra i due reattivi esistono sostanziali differenze di *composizione*, di *stato*, e di *uso*, sia nel modo di adoperarsi sia in se stessi.

Di *composizione* in quanto mentre nel Nyländer è presente il sale di Seignette, questo sale manca nel nostro reattivo termogenico.

Di *stato* in quanto uno è solido e l'altro liquido.

Infine di *uso*, e questo sopra tutto importa, in quanto mentre con uno dei due reattivi, il Nyländer, la reazione avviene dopo prolungata ebollizione, e si verifica soltanto quando il materiale in esame è in quantità sufficiente, almeno 15-20 gocce circa, col nostro reattivo termogenico:

1) la reazione si determina senza somministrazione di calore esterno;

2) la reazione può verificarsi anche quando il materiale in esame sia in forte difetto, anche quando questo materiale consista soltanto in una o due gocce di urina.

RIASSUNTO.

L'Autore propone un altro procedimento per ottenere il reattivo termogenico per la ricerca microchimica del glucosio, più facile e più pratico di quello esposto precedentemente nel *Policlinico*.

Consiste nella polverizzazione dell'idrato sodico (piuttosto che la soda in cannelli o a gocce, è da preferirsi la soda a scaglie, perchè di più facile polverizzazione) dentro un comune mortaio; e nel mescolare in determinati rapporti di peso, con sottonitrato di bismuto, l'idrato sodico così polverizzato:

Soda caustica	=	circa 10 gr.
Sottonitrato di Bi.	=	circa 1 gr.

Il reattivo, essendo assai igroscopico, va preservato dall'umidità atmosferica, e va conservato in recipienti chiusi a tappo di sughero paraffinato.

SUNTI E RASSEGNE.

PSICHIATRIA.

La psichiatria nella pratica generale.

(E. STRANSKY. *Wiener Woch.*, 5 febbraio 1932).

Molta maggiore importanza di quanto comunemente non si creda ha per il medico pratico lo studio e la conoscenza di alcuni particolari argomenti pertinenti alla psichiatria. Infatti non è affatto infrequente che stati psicotici di depressione o di eccitazione o nette sindromi amenziali aprano la scena sintomatologica di molte malattie infettive acute. Queste psicosi, che non sono altro che la reazione della psiche alle alterazioni morbose acute somatiche (che sono ubiquitarie e quindi non specifiche) possono non solo precedere ma anche seguire il fatto infettivo: ed in tal caso la sindrome psicotica acuta può anche rappresentare la fase primitiva di una psicosi cronica o eventualmente periodica.

Il pratico inoltre non deve dimenticare che dietro molti quadri neurotici o organoneurotici possono nascondersi degli stati morbosi psicopatici lievi, ma talora anche gravi. E ciò è frequentissimo per le ciclotimie, per le schizofrenie che spesso si mostrano quali neurosi periodiche o permanenti.

Ciò è molto importante dal punto di vista della terapia, anzi della psicoterapia, la quale deve agire per la psicosi in maniera del tutto differente che per la neurosi: senza parlare degli altri mezzi profilattici e curativi.

Altro capitolo interessante è quello riguardante la fase iniziale di alcune affezioni cerebrali croniche che s'iniziano con disturbi psichici, come avviene nell'arteriosclerosi cerebrale e nei prodromi di alcune malattie cerebrali senili e presenili.

La diagnosi differenziale con disturbi puramente neurastenici è all'inizio non del tutto facile: una volta il medico pratico in tali casi aveva sempre davanti a sè lo spettro della paralisi progressiva; oggi che i risultati ottenuti dalla malarioterapia hanno spinto a ricercare i segni prodromici di essa nello stato di lues latente del liquor questa preoccupazione è in parte sparita.

Il compito principale del pratico è in ogni caso quello di prevedere e quindi cercare di prevenire psicoterapeuticamente: molti candidati alla schizofrenia capitano in mano al pratico quando il male è all'inizio e se riconosciuto e opportunamente curato, può essere bloccato in principio. Molti casi di melanconia anche lievi, che prontamente curati sarebbero facilmente guariti, portano invece improvvisamente al suicidio: il medico deve, appena in presenza di stati psicotici anche lievi ed episodici consultarsi con lo specialista, il quale può

col suo aiuto più facilmente instradarsi sulla via della giusta diagnosi.

Altro compito importante del pratico è quello della cura delle tossimanie: gli alcoolisti possono anche essere trattati ambulatoriamente, ma i morfinisti e cocainisti necessitano lo internamento: il medico deve prodigarsi onde riuscire ad ottenere ciò nell'interesse del malato.

Da quanto si è detto balza evidente l'importanza che ha per il pratico l'essere a conoscenza dei principali capitoli riguardanti la psichiatria specialmente in questi anni in cui si nota tale un risveglio di opere e di interesse nel campo della psicoterapia. G. LA CAVA.

Un caso di personalità multipla.

(R. RIGGALL. *The Lancet*, 17 ottobre 1931).

Un vero caso di scissione della personalità è abbastanza raro per giustificare la lunga descrizione che di esso ne fa l'autore.

Si tratta di una donna di 36 anni, nubile, il cui padre è morto di paralisi progressiva e che sin dal 1915, ricoverata in un manicomio fu classificata come affetta da melanconia con tendenza al suicidio, avendo tentato di ingoiare un pacchetto di spilli: fu in questa occasione che essa incominciò a dire di possedere due personalità una durante il giorno e una durante la notte: in questo periodo essa scriveva lettere offensive verso se stessa e accusava un'altra persona di averle scritte.

Passata nel 1916 in altro manicomio furono per mezzo della ipnosi scoperte in lei varie personalità, differenti l'una dall'altra, ciascuna delle quali poteva in ogni momento essere richiamata alla coscienza: ma nella conversazione ordinaria si era quasi sempre in contatto con una sola di esse, con Mabel che probabilmente era la vera sua personalità. La differenza fra queste varie personalità era evidente; per esempio: « Mabel » è una anima buona, paziente, morale, ma generalmente infelice; « Miss Dignità » è invece una persona che considera come suo precipuo dovere di fare del male e del dispetto a Mabel.

A queste due personalità principali che più spesso si aveva occasione di incontrare nella paziente, si sostituivano talvolta ma raramente altre sei personalità meno forti e meno disegnate nei loro caratteri seppure ben differenziabili l'una dall'altra: ma dopo avere spiegato ad esse, per mezzo dell'ipnosi la loro posizione rispetto a Mabel, la vera personalità, esse accettarono di identificarsi con Mabel e furono scacciate dalla coscienza. Non così per « Miss Dignità » la quale resistette allora ad ogni tentativo di fusione con la personalità di Mabel. Questa Miss Dignità è veramente cattiva: essa regolarmente straccia gli abiti di Mabel, butta via i suoi gioielli, brucia il suo danaro e tutto ciò senza pietà: una volta Mabel restò senza vestiti in pieno inverno e dovette mantenersi per parecchi giorni a solo pane con una tazza di tè. Le lettere di queste diverse personalità hanno persino diversa la calligrafia: ve ne è una di « Miss Dignità » per Mabel che la incita a suicidarsi e acclude all'uopo una cartina di veleno.

Questo stato di cose durò dieci anni, dopo i quali la p. fu visitata dall'A., il quale la conobbe sotto la personalità di « Miss Dignità ». Per ben 5 volte essa entrò nello studio dell'A. sotto questa personalità e ne riuscì, in seguito, sotto la personalità di Mabel, la vera sè stessa.

I concetti religiosi, sociali, sessuali delle due personalità sono nettamente contrastanti: un giorno, in ipnosi, « Miss Dignità » confessò di aver introdotto un piccolo bicchiere nella vagina di Mabel: controllato il fatto e rimosso il bicchiere, « Miss Dignità » confessò di aver commesso questo fatto per provare una sensazione erotica nel sentirselo togliere.

Con un forte trattamento di ipnosi, l'A. riuscì finalmente a fondere le due personalità contrastanti, ma non riuscì, come sempre accade in questi casi, a modificare la neurosi che era servita di base al disturbo psichico.

Molto giustamente l'A. considera questa scissione della personalità come l'esagerazione delle tendenze ambivalenti che si trovano nelle neurosi anche le più comuni: vi è una vera e propria personificazione dell'incosciente in questi casi di sdoppiamento della personalità e il trattamento psicoanalitico è forse l'unico che può avere ragione di essi. Freud difficilmente potrà trovare un caso più brillante e più convincente per la dimostrazione delle asserzioni sue e dei suoi seguaci.

G. LA CAVA.

ORGANI DIGERENTI.

Dilatazione idiopatica dell'esofago o megaesofago.

(G. LUCCHESE. *Il Valsalva*, novembre 1931).

Si chiamano « dilatazioni idiopatiche dell'esofago » quelle non giustificate da ostacoli organici.

La dilatazione interessa l'esofago dalla faringe al diaframma e si compie a carico di tutta la circonferenza dell'organo. La dilatazione può assumere dimensioni straordinarie ed è di forma varia: fusiforme, cilindrica, a pera, ecc. Oltre all'aumento del diametro si nota anche allungamento talora considerevole che produce ostacolo al passaggio del cibo a causa della inflessione dell'organo sopra al diaframma.

La capacità dell'esofago è aumentata e nella sua cavità si trova abbondante liquido filante mucoso mescolato a detriti di sostanze alimentari decomposte.

La mucosa può essere normale oppure con i segni di lesioni infiammatorie, desquamazioni, ulcerazioni.

La muscolare è ipertrofica quasi esclusivamente nelle sue fibre circolari.

Importante è il fatto che mancano costantemente alterazioni in corrispondenza del cardias.

La malattia colpisce persone di media età, prevalentemente di sesso femminile.

In un primo periodo si hanno disturbi subiettivi poco accennati: disfagia, oppressione retrosternale, nodo alla gola; frequenti eruttazioni, alito fetido. Dopo qualche tempo, talvolta lungo, compare il rigurgito esofageo: nella posizione orizzontale il paziente emette dalla bocca senza alcuno sforzo una quantità variabile di liquido mucoso mescolato a sostanze alimentari. Tale fenomeno molesto scompare se il paziente assume la posizione seduta. A poco a poco la deglutizione diviene sempre più difficile: in un primo momento i malati riescono ancora con speciali artifici ad inoltrare a traverso il cardias gli alimenti, ma alla fine ogni manovra resta infruttuosa. Si verifica allora un ristagno esofageo grave ed ostinato con ripercussione sullo stato generale dei malati, che dimagrano e si cachettizzano.

Il decorso della affezione è molto lento, ma progressivo e di prognosi per lo più infausta.

Sintomi non costanti sono i dolori retrosternali violenti e quelli dell'epigastrio; la bradicardia; una sindrome mediastinica, ecc.

Obiettivamente l'affezione non presenta dati sicuri su cui fondare la diagnosi.

Mezzi d'indagine più sicuri sono: il sondaggio, l'esame esofagoscopico e l'esame radiologico.

Il sondaggio eseguito prudentemente oltre ad informare sulle condizioni dell'esofago e del cardias, riesce utile per l'esame del contenuto ristagnante che è privo di acido cloridrico libero, di pepsina e lab-fermento, ma contiene acido lattico e acidi grassi.

L'esofagoscopia mostra l'ampiezza e la forma dell'esofago e le alterazioni della mucosa; l'esame radiologico mette in evidenza anche le condizioni delle pareti e lo stato di permeabilità del cardias. Nella dilatazione idiopatica dell'esofago l'immagine radiologica assume un aspetto caratteristico: si vede una dilatazione molto ampia a forma di pera o di bottiglia del tratto sopradiaframmatico, con l'estremità più larga in basso. Le dilatazioni invece che si osservano sopra le stenosi cicatriziali, cancerigne, organiche sono limitate ed hanno forma longitudinale cilindrica.

Parecchie ipotesi sono state fatte sulla patogenesi della dilatazione idiopatica dell'esofago. L'A. propende per la origine congenita della affezione.

La cura della dilatazione idiopatica dell'esofago può essere medica e chirurgica.

La prima sarà applicata all'inizio della malattia e consisterà in una dieta facilmente tollerabile dai pazienti. Se si suppone uno stato di spasmo del cardias si praticheranno iniezioni di atropina o papaverina. Se v'è ristagno si adoprerà la sonda ed i lavaggi ripetuti.

La cura chirurgica viene riservata agli stadi inoltrati del morbo: la gastrostomia che viene fatta allo scopo di nutrire i pazienti cachettici, è un rimedio palliativo.

Alcuni l'hanno utilizzata per dilatare il cardias per via retrograda.

Si è tentato di rimuovere l'ostacolo mediante una cardioplastica: i risultati di tale operazione sono stati buoni in alcuni casi, ma in altri si sono avute recidive.

Si è resecata parzialmente la sacca esofagea con discreto risultato (Resininger).

Si è praticato l'abbassamento dell'esofago per via addominale, per correggere la deformità (Sencert, Taddei).

Sono questi interventi di una certa gravità e di esito definitivo incerto.

Conviene quindi iniziare senza indugio la cura medica nei casi precocemente diagnosticati nella speranza di ottenere così qualche giovamento e ritardare la progressione del male. VICENTINI.

La prova clinica dell'istamina in patologia gastrica.

(P. CARNOT e E. LIBERT. *Paris Méd.*, 1932, n. 4).

In occasione di onoranze tributate in Polonia allo scienziato polacco Popielski, gli AA., rifacendosi alle prime esperienze di questo ricercatore sull'istamina come agente gastrosecretore, sintetizzano le applicazioni che per merito loro e di Koskowski sono state fatte in clinica delle proprietà di questa sostanza a scopo diagnostico nel campo della patologia gastrica.

L'iniezione sotto-cutanea o intra-muscolare di 1 mmgr. di bicloridrato d'istamina provoca nell'uomo normale costantemente la secrezione abbondante di un succo gastrico molto acido, dotato di potere peptico elevato (per contro il lab-fermento appare poco abbondante), senza arrecare danno all'individuo, su cui s'esperimenta.

L'importanza di questa prova clinica sta innanzi tutto nella possibilità di avere a disposizione per i vari esami un succo gastrico puro, privo di particelle alimentari, privo di acido cloridrico combinato; in secondo luogo nella possibilità, ormai dimostrata, di costruire delle curve in base alla risposta gastri-

ca allo stimolo istaminico in funzione del tempo, le quali non solo si dimostrano costanti nei singoli individui, tali da costituire una caratteristica antropometrica, molto personale, della capacità gastro-secretoria, ma anche appaiono in relazione abbastanza stretta con varii tipi clinici, sì da fornire dati utili al medico per la diagnosi.

Le dette curve si possono costruire sia coi dati del volume di succo gastrico secreto in un dato tempo, sia con quelli dell'acido cloridrico libero, sia con quelli del potere peptico, misurato nei diversi campioni successivamente prelevati.

Dall'andamento di queste curve possiamo giudicare se nel caso singolo la risposta secretoria è normale o se presenta i caratteri della dispepsia iper- o ipo-secretoria.

Normalmente la secrezione inizia una decina di minuti dopo l'iniezione, raggiunge il massimo dopo una mezz'ora e si prolunga per circa un'ora e mezza; la quantità secreta in un 1/4 d'ora può sorpassare 100 cc. e la quantità totale può essere di 200-300 cc.

L'ipersecrezione (soprattutto nell'ulcera gastro-duodenale) è caratterizzata da una risposta immediata, intensa, prolungata: la quantità è più che raddoppiata; l'acido cloridrico libero sorpassa spesso il 4 ‰.

Negli stati d'iposecrezione (soprattutto nel cancro gastrico) si ha generalmente una risposta tardiva, debole e breve, talvolta nulla; la quantità del succo è minima, l'acidità molto piccola o nulla.

La risposta gastrica allo stimolo istaminico appare, da numerosi studii comparativi eseguiti, esagerata rispetto a quella conseguente a pasto di prova; e questa esagerazione può valere a far meglio risaltare i disturbi della secrezione eventualmente presenti, amplificandoli, per così dire, senza cambiarne il senso.

Specialmente nella diagnosi dell'ulcera gastro-duodenale e del cancro gastrico questa prova mostra il suo valore.

Essendo inoltre l'istamina una sostanza vasodilatatrice, o meglio capillaro-dilatatrice, spesso provoca in sede di tessuto neoplastico piccole emorragie, le quali, accanto agli altri dati desunti dall'analisi chimica del succo e dall'andamento della curva secretoria, valgono a orientare la diagnosi verso la forma eterologa.

Nel campo delle achilie gastriche particolare interesse ha assunto la prova dell'istamina: esistono, ad esempio, casi ove non è possibile dimostrare coi mezzi soliti nè acido nè fermenti, nei quali è però dimostrabile una risposta secretoria all'istamina. Grande importanza quindi la prova istaminica riveste nella diagnosi differenziale fra achilie organiche e funzionali.

Nell'anemia perniciosa l'esistenza di una anacloridria, che tale si dimostra anche di fronte allo stimolo istaminico, è, si può dire, la regola; e da ciò traggono argomento in favore della loro tesi coloro che ammettono l'origine digestiva di questa malattia.

Molinari-Tosatti.

Nuove vedute sulla etiologia e patogenesi della stenosi infiammatoria del retto.

(Barthels. *Arch. Klin. Chir.*, vol. 167, pagine 189, 1931).

In un caso che sembrava tipico di stenosi luetica del retto, la reazione di Frei venne positiva. (La positività della reazione di Frei è decisiva per la diagnosi di linfogranuloma inguinale). La stessa indagine ripetuta in altri nove casi di stenosi rettale ha dato lo stesso risultato. Ciò significa, sec. Barthels, che occorre rivedere il concetto etiologico delle stenosi infiammatorie del retto fino ad oggi attribuite alla infezione gonococcica o luetica anche in assenza di una reazione di Wassermann positiva.

Il linfogranuloma inguinale è una malattia di origine venerea, certamente infettiva. Il virus si propaga per le vie linfatiche e porta alla formazione di pacchetti ghiandolari inguinali che spesso finiscono col fistolizzarsi.

Nell'uomo le vie linfatiche del pene portano alle linfoghiandole inguinali che vengono colpite dal processo. Nella donna raramente la malattia determina la tumefazione inguinale perchè l'infezione avviene nella parte alta della vagina e quindi fuori del territorio linfatico delle ghiandole inguinali. Vengono colpite invece le ghiandole anorettali, iliache e ipogastriche. Queste rappresentano anche le stazioni di deflusso linfatico dell'ultima porzione del retto.

Si spiega così perchè la stenosi infiammatoria del retto sia posta nel 90 % dei casi a questo livello e perchè ne siano colpite quasi esclusivamente donne.

Le lesioni tipiche del linfogranuloma inguinale non si arrestano soltanto alle linfoghiandole ma si propagano lungo i linfatici. Microscopicamente la lesione è caratterizzata da infiltrati a cellule giganti con tendenza specifica alla formazione di connettivo sclerotico e alterazioni vasali endoarteritiche.

L'edema, la produzione di connettivo cicatriziale, la retrazione dei tessuti colpiti spiegano agevolmente la formazione della stenosi.

Anche l'indicazione terapeutica deve essere quindi riveduta: le derivazioni del contenuto intestinale non influenzano quasi affatto la lesione. Si possono ottenere miglioramenti con la diatermia. Nei casi più gravi è indicato l'intervento radicale.

P. Valdoni.

Ipocloruremia e terapia cloruro-sodica nelle occlusioni intestinali acute alte (duodenali).

(G. FIGURELLI. *Ann. It. di Chir.*, 30 sett. 1930).

L'A. in serie diverse di animali ha praticato occlusioni intestinali alte (duodenali) sia strozzando l'intestino mediante una bandelletta di garza, sia sezionandolo e suturando e infossando i capi. Nelle occlusioni da strozzamento si è avuta una ipocloruremia poco notevole ed il beneficio della terapia cloruro-sodica è stato minimo; nelle occlusioni ottenute mediante sezione dell'intestino l'ipocloruremia è stata più rilevante, e notevole il vantaggio della terapia cloruro-sodica, e questo perchè, secondo l'A., nei casi di strozzamento prevalgono i fenomeni tossiemici su quelli ipocloruremici.

Tali ricerche confermano il risultato delle esperienze praticate da Giacobbe nel R. Istituto di Clinica Chirurgica della Università di Roma (v. *Giornale Medico dell'Alto Adige*, fascicolo 2, 1930). Giacobbe infatti, dopo aver determinato nel cane il comportamento della cloruremia nell'occlusione acuta del digiuno (nella sua porzione più alta), rilevando che nelle forme di ileo semplice la caduta dei cloruri è abbastanza notevole e minima nelle forme con strozzamento (necrosi e gangrena), ha studiato l'azione del cloruro di sodio sull'evoluzione del quadro morboso che sussegue alla ostruzione e le modalità con le quali il trattamento esplica maggiore efficacia. Il cloruro di sodio, somministrato ad alte dosi ed in soluzioni ipertoniche per via endovenosa, ha determinato lieve miglioramento ed ha prolungato di poco la sopravvivenza negli animali con occlusione semplice; il suo effetto è stato di trascurabile importanza nelle forme di strozzamento.

L'abbondante somministrazione (ipodermoclisi) di soluzione clorurata isotonica ha esercitato una notevole efficacia determinando maggiore sopravvivenza negli animali con occlusione semplice; la sua azione è stata minima nell'ileo con strozzamento.

Giacobbe conclude pertanto che l'ipocloruremia e la disidratazione hanno una notevole importanza nel determinismo della morte nell'ileo semplice; nello strozzamento tali fattori sono presenti, ma è la tossiemia che assume il sopravvento. G. MATRONOLA.

La gastrite dello stomaco operato.

(HENHING N. *Mitt. a. d. Grenz. d. Med. u. Ch.*, vol. 42, fasc. 4).

L'A. riferisce i risultati della gastroscopia eseguita in 35 malati che accusavano disturbi gastrici dopo operazioni varie praticate sullo stomaco (15 g. e. e 20 resezioni). Nella maggior parte dei casi furono rinvenute gravi alterazioni della mucosa, che permisero all'A. di distinguere tre forme di gastrite:

1) una forma ipertrofica;
2) una con tumefazione edematosa e catarro della mucosa;
3) una forma atrofica.

La gastrite ipertrofica è caratterizzata dalla tendenza alla formazione di piccole rilevatezze rotondeggianti per lo più sessili, insorgenti in genere su tutto lo stomaco nei solchi fra le pieghe rigide, ispessite. Le pieghe rigide possono essere qua e là rigonfie e attraversate da solchi in modo da perdere completamente l'andamento caratteristico.

La superficie della mucosa può essere lucida o opaca; di colorito rosso vivo o del solito colore rosso aranciato; erosioni della mucosa si vedono di rado. Questa forma di gastrite è la più frequente: è stata trovata in 10 g. e. e in 16 resezioni.

La seconda forma è caratterizzata dalla tumefazione o rigidità delle pliche gastriche che però hanno ovunque lo stesso calibro e conservano per lo più la direzione.

La superficie è liscia, opaca, di colorito rosso cupo; talora ricoperta in tutta l'estensione di un essudato di colorito grigio bluastro o biancastro come se fosse verniciata di latte. Questa forma di gastrite è stata trovata in 5 gastroenterostomizzati.

La gastrite atrofica è stata osservata 4 volte. Domina una diffusa atrofia della mucosa. Si nota un tono di colore tra il grigio e il verde. Già a piccola distensione appare evidente il disegno vasale fino quasi ai capillari. È caratteristica la sensibilità ai piccoli traumi: si notano suffusioni emorragiche e difetti dell'epitelio.

Si possono mettere in rapporto a questa forma di gastrite atrofica le anemie a tipo secondario descritte dopo resezioni gastriche non legate ad emorragie; in due dei casi descritti dall'A. era appunto presente una grave anemia che migliorò con somministrazione di fegato e di ferro.

Secondo l'A. allo stato attuale delle conoscenze non è possibile dire se si tratti di gastriti preesistenti all'operazione o insorte in seguito. (Sono riportati interessanti gastrofotogrammi). P. STEFANINI.

RENI E VIE URINARIE.

Contributo allo studio del rene soprannumerario.

(E. PAPIN, BERNASCONI e BERNARD. *Arch. mal. ren. e degli organi gen.-urin.*, t. VI, n. 1, giugno 1931, pag. 1).

Gli AA. rilevano la equivocità della nomenclatura e sostengono che quali casi di rene soprannumerario debbano intendersi quelli in

cui esiste una terza massa parenchimatosa, con uretere e peduncolo vasale a sè, non saldata con l'altro rene dello stesso lato. Dopo d'aver elencato con tale criterio tutti i casi pubblicati, ne riferiscono uno inedito.

Uomo di 33 a. in cui una nefrostomia sinistra — eseguita per vuotare del pus formatosi nell'organo — aveva lasciato una fistola lombare. Questa, dopo 5 mesi, segregava abbondante urina purulenta per cui fu decisa una nefrectomia. Al tavolo operatorio si rinvenne: marcata perinefrite sclero-lipomatosa e notevole ispessimento di periureterite. Reciso l'uretere, sulla superficie di sezione del moncone, apparvero due ureteri accollati, in uno dei quali, nella sua parte superiore, venne rinvenuto un calcolo. Il malato guarì presto.

L'esame del pezzo dimostrò la presenza di due reni sovrapposti, di cui il superiore era sano e terminante in basso con una superficie concava, esattamente modellata sul polo superiore dell'altro rene su cui si adagiava. Ogni rene aveva un uretere proprio. A parte un'arteria polare inferiore del rene inferiore e un'altra che penetrava nel rene superiore, il resto della circolazione non si potè mettere in evidenza.

Dallo studio di tutti i casi pubblicati (27 in tutto) gli AA. concludono che il rene soprannumerario: rappresenta la più rara tra le anomalie renali; è stato 12 volte a destra, 14 a sinistra, 1 volta imprecisato; 9 volte in donne, 16 in uomini, 2 senza indicazioni; per lo più mediano e spesso separato dall'altro; dal volume d'un uovo d'oca a quello d'un fagiolo; con ureteri 11 volte totalmente doppi, 10 riuniti verso l'alto, 7 senza indicazioni; con vascolarizzazione indipendente sebbene non sempre specificata; in molti casi causa di disturbi, in parecchi rilevato solo all'autopsia; 20 volte ragione di intervento, talora ripetuto.

SCANDURRA.

Il significato dell'ematuria.

(H. WADE. *British Medical Journal*, 30 gennaio 1932).

L'accertamento dell'origine di un'ematuria importa sempre un esame accurato, anamnestico e obiettivo.

Il modo con il quale si presenta l'ematuria ed i sintomi che l'accompagnano costituiscono utili elementi di orientamento diagnostico.

Un'ematuria improvvisa, profusa, indolente in un individuo che ha sempre goduto buona salute è per lo più dovuta ad un papilloma della vescica. Ma se l'ematuria si presenta con gli stessi caratteri in un individuo anziano, arteriosclerotico, iperteso si può pensare alla rottura spontanea di un vaso della vescica.

Se l'emorragia si verifica indipendentemente dalla minzione o al principio di questa si può pensare che essa sia dovuta ad una lesione dell'uretra.

L'ematuria al termine della minzione si ha nelle affezioni della base della vescica o nelle ulcerazioni della prostata che forma ernia endovescicale.

L'ematuria delle affezioni maligne della vescica è accompagnata da dolore soprapubico e perineale. È scarsa, persistente, intermittente, accompagnata da minzione frequente.

L'ematuria da calcolosi vescicale si verifica quasi sempre dopo sforzi, e per lo più di sera.

Se l'emorragia diventa profusa dopo un esame bimanuale si può sospettare un tumore maligno ovarico aderente alla vescica.

La tubercolosi renale di solito dà segni di sè solo quando s'inizia la compartecipazione della vescica. Nel 75 % dei casi il primo disturbo è la frequenza della minzione. Solo eccezionalmente il primo sintoma è l'ematuria.

L'associazione di colica renale ed ematuria indica la presenza di un calcolo renale mobile. Quanto più grande è il calcolo, tanto più scarsi sono i sintomi. Il calcolo arborescente può causare neuralgia renale ma non coliche, ed essere accompagnata da ematuria solo in seguito a sforzi violenti.

L'idronefrosi intermittente può dare ematurie anche gravi.

Se il sangue appare nelle urine dapprima senza dolori e poi con colica renale di media intensità si può sospettare la presenza di un coagulo di sangue nella pelvi renale dovuto ad un tumore o più probabilmente ad ipernefroma.

L'ematuria può essere anche prodotta da un papilloma villoso della pelvi, da cisti multiple congenite, da tumori dell'uretra ed infine essere essenziale.

L'accertamento della causa dell'ematuria importa l'esame diretto del malato, l'esame radiografico, l'esame cistoscopico, l'esame delle urine.

L'esame fisico potrà fare apprezzare l'ingrossamento di uno o di ambo i reni che deve far pensare ad un tumore o ad una cisti multipla congenita.

Per quel che riguarda le affezioni della vescica l'esame cistoscopico farà rilevare la presenza di papillomi villosi, tumori maligni, lesioni tubercolari, cistite, trigonite e calcoli vescicali, ingrossamenti ed ernie prostatiche endovescicali, ed eventualmente delle caratteristiche alterazioni prodotte dalla bilarziosi.

In quest'ultima affezione nell'urina possono trovarsi le uova del parassita.

L'ematuria dovuta a tubercolosi del tratto urinario ordinariamente è di origine vescicale ed è dovuta ad emorragie da ulceri tubercolari attive. Di solito è preceduta o accompagnata da piuria, disuria e pollakuria.

L'ematuria proveniente dagli ureteri può dipendere da papillomi e da calcoli.

Talvolta è possibile l'errore di diagnosi tra calcolo ureterale destro ed appendicite. Al ri-

guardo è a notare che nell'appendicite acuta può aversi ematuria e pollakuria. Tali disturbi sono dovuti al fatto che l'appendice retrocecale infiammata è aderente all'uretere provocando l'infiammazione di questo condotto. In tali casi il passaggio del catetere ureterale è arrestato in un certo punto e la sua introduzione provoca una lieve emorragia.

L'ematuria di origine pelvica può dipendere da varie cause, la cui diagnosi differenziale può essere fatta in base ad accurato esame pielografico.

Quando il catetere è penetrato per trenta cm. entra nella pelvi renale. Occorre allora esaminare il liquido che fuoriesce. Se si ha emissione di sangue per pochi secondi e quindi arresto per la presenza di un coagulo nel catetere, vuol dire che l'orificio del catetere è venuto a contatto con un tumore vascolare o che è presente un ipernefroma invadente la pelvi renale. Se fuoriesce un liquido color bruno per sangue alterato vuol dire che la lesione patologica è situata nell'interno dellla cavità. La presenza di traccie di sangue dopo che il catetere è stato in situ per qualche minuto non ha significato clinico; esse sono dovute a piccole lesioni della mucosa.

L'esame batteriologico e citologico del liquido proveniente da ciascuno dei reni farà rilevare l'eventuale esistenza di infezioni.

L'esame del contorno e della capacità della pelvi renale fatto a mezzo della pielografia spesso consente di fare un'esatta diagnosi anche nei primi stadî dell'affezione.

Le affezioni croniche che sogliono dare ematuria di origine renale sono l'ipernefroma, gli adenocarcinomi, i papillomi villosi, la tubercolosi renale, la calcolosi.

L'ematuria essenziale o idiopatica è una forma di emorragia renale, la cui diagnosi si fa per esclusione. DR.

Esperienza nella resezione della vescica.

(VOELCKER. *Arch. Klin. Chir.*, vol. 167, pagine 616, 1931).

L'A. si occupa della resezione della parete e dell'estirpazione totale.

Nella resezione dall'esterno è importante di far precedere una mobilizzazione accurata; per le pareti laterali è facile di scollare il peritoneo, per la parete posteriore ciò non è possibile; conviene incidere francamente il peritoneo nell'apice dove aderisce e suturarlo nel punto di riflessione sulla vescica. Così la mobilizzazione riesce molto bene fino alle vescichette seminali e l'operazione potrà farsi tutta per via extraperitoneale.

Nella resezione dall'interno tanto la resezione che la successiva sutura è più facile se si tratta della parete posteriore. Nella sutura della breccia è molto importante che i margini siano messi esattamente a contatto specie per quanto riguarda lo strato muscolare. Sono da evitarsi suture introflettenti che rendono più difficile la cicatrizzazione.

Per quanto riguarda il drenaggio della vescica dopo resezione, l'ideale è di chiudere completamente e di drenare a permanenza dall'uretra.

Maggiore sicurezza di buona tenuta delle suture si ha con un drenaggio soprapubico; la sonda in tale caso deve essere introdotta attraverso la parete in un punto lontano dalla sutura, mai attraverso la ferita operatoria vescicale.

Per la cura dei diverticoli nella maggior parte dei casi si potrà farne agevolmente l'exeresi mobilizzandoli dall'esterno; se per le aderenze tenaci a organi vicini l'exeresi diventa pericolosa val meglio chiudere l'orifizio vescicale e drenare a parte il diverticolo. In tutti i casi occorre rimuovere l'ostacolo alla minzione che ha determinato la formazione del diverticolo; se non c'è una ipertrofia della prostata l'intervento più indicato è la sfinterotomia.

La resezione dei tumori maligni va fatta con il cauterio o meglio con l'ansa diatermica.

In casi di tumori maligni della cupola e delle pareti si sono ottenuti buoni risultati con la causticazione completa del tumore; caduta l'escara si ebbe una *restitutio ad integrum*.

L'estirpazione totale della vescica è un intervento molto grave ed è indicato nei tumori della base.

In un caso il Voelcker ha sezionato orizzontalmente la vescica mantenendo per la metà superiore le connessioni vasali, impiantando in essa gli ureteri e suturandola in modo da formarne una nuova vescica. In un secondo tempo asportò la metà inferiore con il tumore.

P. VALDONI.

Trapianto degli ureteri nel rettosigma ed estirpazione della vescica nella cura della ectopia della vescica.

(W. WALTERS. *Arch. Klin. Med.*, Vol. 167, pag. 589, 1931).

In 17 anni nella Clinica di Mayo vennero operati 76 casi di trapianto ureterale con il metodo di Mayo. La mortalità è stata del 3,5 %, ottimi risultati si ottennero nel 81 % dei casi, solo in 3 casi non si ottenne nessun miglioramento.

L'operazione viene eseguita in tre tempi: 1° trapianto dell'uretere destro nel rettosigma; 2° dopo 2 settimane trapianto dell'uretere sinistro e 3° dopo 10 giorni estirpazione della vescica ectopica. I risultati lontani sono buoni. Nel 50 % degli operati non esiste alcuna affezione renale. L'esame con l'urografia endovenosa ha dimostrato che in questi casi

non esiste alcuna alterazione morfologica e funzionale dei reni e delle vie di eliminazione.

Il metodo di Mayo nel trapianto degli ureteri deriva da quello di Coffey.

In corrispondenza di una tenia del sigma, l'incisione interessa per 4-5 cm. lo strato muscolare fino alla sottomucosa, all'angolo inferiore si apre la mucosa e attraverso l'orifizio si introduce nel lume dell'intestino il moncone ureterale che viene fissato con un punto in catgut.

Al disopra dell'uretere si suturano a doppio strato i margini dell'incisione. In questa maniera si ottiene il dispositivo valvolare atto a impedire il reflusso. A ovviare alla ostruzione del lume ureterale per edema della mucosa, il capo del filo che fissa l'estremo ureterale all'intestino viene introdotto nel lume ureterale.

Se gli ureteri sono ectasici l'impianto viene fatto per via extraperitoneale estrinsecando attraverso una breccia del peritoneo parietale un tratto della parete del sigma sul quale vien suturato accuratamente il peritoneo.

P. VALDONI.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA.

A. CIAMPOLINI. *Il trauma nella etiogenesi delle malattie.* (*Rapporti clinici e medico-legali*). Vol. in-8°, di pagg. XII-550. Editore Luigi Pozzi, Roma. Prezzo, L. 58 rilegato; L. 50 in brochure.

Ci è grato di riportare la significativa Prefazione che, per questo libro del prof. Ciampolini, si è compiaciuto di scrivere l'illustre Clinico Medico di Roma:

« Presento ben volentieri il libro del prof. « Ciampolini benchè di materia apparentemen- « te non di stretta competenza del clinico ge- « nerale, appunto per il senso clinico ond'è « permeato e perchè fin dalle prime pagine « l'A. chiaramente pone il principio fonda- « mentale tutto dovere dalla clinica procedere « e alla clinica ispirarsi.

« Vi possono essere forse forme e finalità « diverse di procedimento logico, ma le fonda- « menta sulle quali tutto l'edificio logico ragio- « nativo e deduttivo si basa non possono es- « sere diverse. Clinici devono essere lo spirito « e il metodo di indagine, e il bisogno di im- « maginare ipotesi logiche ma concatenate e « subordinate ai fatti nella loro vera essenza « e realtà, non nella voluta deformazione delle « dottrine e tanto meno di preordinati punti « di arrivo.

« Il punto focale di ogni questione essendo « sempre l'intelligente osservazione e inter- « pretazione dell'ammalato, ne viene che il « prof. Ciampolini, — perfettamente aggiorna- « to anche bibliograficamente — ogni questio- « ne vivifica con una ricchissima casistica e « in molti problemi porta originale contributo « di personali osservazioni e convincimenti che « nascono da largo e sperimentato attrito con « la pratica clinica e medico forense e le sue « insidie, le sue ombre, le sue difficoltà, le « sue responsabilità.

« Per questo il bel libro del prof. Ciampo- « lini, non interesserà soltanto quanti della « speciale materia si occupano come di loro « particolare settore di studio, ma quanti sen- « tono nella clinica generale sempre la domi- « natrice di tutti i problemi ».

Roma, Aprile 1932-X.

Prof. CESARE FRUGONI.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

R. GOIFFON. *Les colibacilloses en pratique médicale.* Vol. in-16° di pag. 128. Masson e C., Paris, 1932. Frs. 20.

Per colibacillosi il Goiffon vuol intendere quello che alla lettera dovrebbe dirsi l'infezione delle vie orinarie da parte di germi di provenienza intestinale e veicolati dal sangue. E si parla di colibacillosi in quanto per lo più, ma non sempre, si tratta di bacterium coli. Qualche volta di altri germi e specialmente l'enterococco di Thiercelin e gli streptococchi.

Per il Goiffon l'evenienza per cui i germi intestinali passano nel sangue e vengono poi eliminati per le vie orinarie determinando un doppio ordine di disturbi generali e locali è straordinariamente comune e responsabile di stati morbosi e sintomi tra i più svariati e lontani da quanto comunemente si immagina. Non solo, ma non di rado i germi stessi emigrerebbero dall'intestino per localizzarsi anche in altri sistemi o apparati oltre quello orinario.

Così l'intestino spesso sofferente per diarrea, stitichezza, coliti ecc., diventerebbe punto di partenza non solo di setticemie acute, ma anche di croniche, non solo dalle forme suppurative orinarie, ben note e facilmente riconoscibili, ma anche di forme latenti, saltuarie, spesso dal punto di vista batteriologico anche lievi e non accompagnate da fatti suppurativi e tuttavia provocatrici di rialzi termici e sofferenze molteplici. Donde la opportunità di esaminare le orine anche batteriologicamente ogni volta che ci si trova dinanzi a una sindrome poco chiara.

La lettura del libro del Goiffon persuade facilmente sull'opportunità di attribuire una parte più larga di quanto abitualmente non si faccia in medicina interna a ricerche accurate sulle localizzazioni nell'apparato orinario e sulle batteriurie anche lievi.

Non altrettanto si può dire per quanto l'A. afferma o riporta da altri AA. francesi circa forme respiratorie tra cui crisi di asma (!), flebiti e perfino forme nervose segnalate dal

Vincent, come certe psicopatie e certe sindromi con delirio e melanconia la cui origine intestinale è provata dal fatto che « possono guarire sotto l'influenza del siero anticolibacillare ».

La diagnostica differenziale colle varie forme morbose con le quali l'infezione colibacillare può essere scambiata, lo studio dei disturbi dell'apparato digerente i quali possono far nascere e sostenere tale infezione, la loro terapia e quella delle localizzazioni orinarie sono trattate in modo chiaro ed adeguato alla competenza ben nota dell'A. su questi argomenti.

Perciò il libro, facendo astrazione di qualche arditezza che la maggior parte dei lettori non si sentirà di condividere, è tanto piacevole, quanto utile e istruttivo. M. LUSENA.

HOFFMANN WOLFGANG. *Die Röntgendiagnostik und Therapie in der Augenheilkunde.* Vol. di pag. 72 con 20 fig. intercalate. George Thieme, Leipzig, 1932.

Con esposizione chiara e completa si tratta in questo libro di tutto ciò che oggi si conosce in fatto di Röntgendiagnostica e Röntgenterapia. Come dal titolo si deduce, l'opera è divisa in due parti: nella prima, dopo un riassunto storico, sono indicati i metodi di esame dell'occhio, coi vari mezzi dei punti e segni di riferimento, cogli artifici (iniezioni di lipiodol, applicazioni dei diaframmi di Bucky e di Duken) per rendere visibile il bulbo. Sono particolarmente descritti parecchi metodi di esame: il metodo geometrico di Stumpf dell'ombra proiettata, il metodo stereometrico di Engelbrecht, per il quale è utilizzato lo stereoscopio di Wheatstone, il metodo fisiologico di Altschul che prende per punto di riferimento il centro di rotazione dell'occhio giovandosi del vetro di contatto, proposto da Comberg.

Nella seconda parte comincia pure con un riassunto storico, a partire dalle esperienze di Mayou del 1903, e di Stephenson sulle alterazioni superficiali dell'occhio, arrivando a quelle di Axenfeld sulle alterazioni profonde. Indica in un capitolo speciale i danni immediati (alterazioni dei tessuti, dei vasi, degli endoteli, di sensibilità, in tutte le parti dell'occhio) e i danni tardivi (cataratta, glaucoma), che si possono avere per improvvida applicazione dei raggi. Indicati poi i mezzi di protezione dell'occhio, passa alle applicazioni terapeutiche, dimostrando come queste non si fanno più come « extrema ratio » in casi disperati, ma addirittura sono divenute un'applicazione terapeutica preferita.

Indica tutto il cammino che è stato fatto fino ad oggi contro le varie forme tubercolari dell'occhio, contro le infiammazioni croniche e acute delle varie membrane, contro i tumori, ecc., additando per ciascun caso i metodi più opportuni di applicazione. G. O.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta del 27 febbraio 1932.

Presiede il prof. S. BAGLIONI, presidente.

Presentazione di un malato con trombo-angioite obliterante di tutti e quattro gli arti, operato da due anni.

Prof. R. ALESSANDRI. — Trattasi di un soggetto, che l'O. ha avuto già occasione di presentare all'Accademia nella seduta del maggio 1930, e che, affetto da gangrena giovanile simmetrica degli arti inferiori e superiori, era stato operato nel gennaio-marzo 1930 di ganglionectomia del I e II ganglio toracico e III cervicale a D. e a S. Sono dunque ormai due anni dalla ganglionectomia, e il malato si trova in ottime condizioni generali, non ha avuto più alcun accenno di dolori, e lo stato di nutrizione e di circolazione dei due arti superiori non ha subìto alterazioni ulteriori. La gangrena che è in questi casi fatalmente progressiva si è arrestata. Poichè il periodo trascorso è di due anni, se non si può ancora parlare di risultato definitivo, certamente si può pensare ad una azione favorevole duratura dell'intervento, da far sperare un arresto stabile.

Ulteriori osservazioni sulla cosidetta vitamina della fecondità (Fattore E).

Prof. V. ZAGAMI. — L'O. espone i risultati di nuove esperienze che, come quelle già riferite, sono state condotte con lo scopo di portare contributi sperimentali alla conoscenza del fattore o vitamina E. Ha sperimentato su ratti nati da madre tenuta a dieta priva di fattore E durante tutto il periodo di gravidanza e di allattamento, ed ha potuto rilevare che i piccoli messi all'epoca dello slattamento ad alimentazione ordinaria completa non hanno presentato lesioni irreparabili della funzione riproduttiva; quelli invece mantenuti anche dopo lo slattamento alla stessa dieta deficiente in fattore E hanno offerto nuovi dati per riconfermare la differenza di turbe che si hanno nei due sessi: alterazioni della spermatogenesi nei maschi, e normale ovulazione, ma morte dell'embrione in via di sviluppo nelle femmine. Dal raffronto coi risultati delle esperienze precedenti conclude in favore di una riserva in fattore E, che gli animali possono portare nei propri tessuti alla nascita.

Sopra un particolare meccanismo di sviluppo della "Laverania malariae" e sulla genesi delle perniciose.

Prof. G. ALESSANDRINI. — L'O. descrive un nuovo meccanismo di sviluppo della *Laverania malariae*: l'amitosi, da lui osservata studiando a fresco, in cellula di Koch, goccie di sangue parassitato tolte a individui affetti da perniciosa.

Lo sviluppo per amitosi, della quale l'O. dà e descrive tutte le modalità, illustrando il suo dire con numerose tavole e proiezioni originali, si compie nello spazio di otto ore, il che porta l'O. ad ammettere, che in base a calcoli matematici, se un solo sporozoita va ad infestare un uomo, sporozoita che si moltiplichi per amitosi, nell'individuo infestato si avranno al 15° giorno ben 35.184.372.088.832 parassiti nel torrente circolatorio contro 6.103.515.625 parassiti che si avrebbero come conseguenza della moltiplicazione per sporogonia.

L'O. attribuisce all'enorme numero di parassiti, che si hanno nei casi di moltiplicazione per amitosi, la genesi delle perniciose.

L'O., infine, spiega, basando il suo dire su dati di fatto, osservazioni personali e argomentazioni biologiche, come, quando e perchè si abbia la moltiplicazione per amitosi anzichè quella per sporogonia e quindi quali siano le condizioni specifiche nelle quali si può verificare la perniciosità della malaria.

Prof. G. MELDOLESI e Dott. M. PONS. — *Considerazioni cliniche sul contenuto in CO^2 del sangue arterioso.*

Sistema reticolo-endoteliale e sviluppo di tumori da trapianto.

Dott. A. CALÒ. — Le alterazioni a focolaio e diffuse, già descritte nel fegato e in vari organi nel corso dello sviluppo di tumori da trapianto, si dimostrano constatare prevalentemente di istiociti e reticoli-endoteli. Tali reazioni raggiungono il loro massimo sviluppo in corrispondenza del probabile periodo della più intensa difesa antineoplastica.

La milza reagisce al trapianto del tumore con una iperplasia linfatica passeggera, a cui fa seguito, nello stesso periodo della maggiore alterazione del fegato, una reazione a carattere prevalentemente monocitario e reticolare.

Altri organi reagiscono con la più grande irregolarità ed incostanza. Il fegato è l'organo più fidato per seguire tali processi, la milza reagisce con eccessiva facilità ai più diversi stimoli, così da rendere una schematizzazione dei processi in essa svolgentisi, in ogni caso arbitraria.

Si conclude attribuendo all'apparato reticolo-endoteliale la più grande importanza nelle alterazioni indotte da tumori da trapianto.

Sistema reticolo-endoteliale e irradiazioni di tumori sperimentali.

Dott. A. CALÒ. — Leggere irradiazioni totali nei topi bianchi, hanno elevato la resistenza di questi rispetto al successivo trapianto di un adenocarcinoma di Ehrlich. Tale aumento di resistenza è legato alla dose impiegata e all'intervallo di tempo intercedente fra irradiazione e trapianto. In questo caso si rilevavano alterazioni proliferative a carico del sistema reticolo-endoteliale la cui entità era direttamente proporzionale al grado di aumento di resistenza ottenuto.

Invece forti irradiazioni locali di tumori già sviluppati, non aventi avuto azione terapeutica, mostravano una azione deprimente sul sistema reticolo-endoteliale.

Partecipa alla discussione il prof. ARCANGELI.

Il Segretario: G. AMANTEA.

Società Medico-Chirurgica di Padova.

Seduta dell'8 aprile 1932.

Secrezione lattea eterocrona nelle strume ipofisarie.

Prof. G. CAGNETTO. — Dal 1916 ad oggi l'O. ha raccolto quattro casi di funzione mammaria in atto nel corso di strume dell'ipofisi in donne acromegaliche (due) e non acromegaliche (due). In uno di essi trattavasi di una « virgo intacta » di 22 anni; in un'altra di una quarantatreenne isterectomizzata da sette anni; in un terzo di una vecchia di ottantaquattro anni. Non vide finora reviviscenza mammaria nei maschi con struma della preipofisi. Egli propende a credere, sulla fede di ricerche di fisiopatologia sperimentale, che non la sede del tumore, sibbene la presenza di una disfunzione della ghiandola pituitaria, rappresenti il movente di questa singolare manifestazione clinico-anatomica.

Discussione: TISSI, FRONTALI, M. TRUFFI, G. TRUFFI, VALTORTA, PESERICO, CAGNETTO.

Su di un caso di neoformazione psammomatosa del mesencefalo.

Prof. G. ZANETTI. — L'O. illustra il caso di una giovane donna di 25 anni venuta a morte con diagnosi clinica di tumore cerebrale. All'esame istologico si potè constatare la scomparsa delle tele e plessi coroidei dei ventricoli laterali e del terzo, iperplasia capillare congenita in sede di quadri-gemelli estendentesi ai nuclei basali con spiccati fenomeni di regressione dati da incrostazione calcare dei tubi capillari e corpi psammomatosi nei tronchi maggiori. In dipendenza di questa calcificazione una reazione limitata di nevroglia gliosomica in fase di ipertrofia con sclerosi.

Discussione: BELLONI, ZANETTI.

Fosforo inorganico secondo Samson nel siero di sangue irradiato fuori dell'organismo.

Dott. A. MISTRETTA. — L'O. ha studiato il comportamento del P. inorganico nel siero di sangue irradiato fuori dell'organismo, mediante il nuovo metodo titolimetrico proposto dal Samson, ed è venuto alle seguenti conclusioni: 1) il metodo di Samson per la determinazione del P. inorganico contenuto nel siero di sangue dà dei risultati costanti e fra loro confrontabili; 2) il siero di sangue sottoposto all'azione dei R. U. ha presentato un aumento del suo contenuto di P. inorganico dosato col metodo di Samson nell'85 % dei casi variabili da 5,9 a 50 %; 3) tale proprietà del siero di presentare un aumento del suo contenuto di P. inorganico sotto l'azione dei R. L. va perduta quando il siero stesso viene preventivamente riscaldato per un'ora alla temperatura di 60°-65°.

Discussione: FRONTALI, DENES, MISTRETTA.

Contributo allo studio della mastite sifilitica.

Dott. M. BORTOLOZZI. — Constatata la rarità della localizzazione mammaria nel periodo terziario della lue, l'O. illustra dal punto di vista anatomopatologico un caso di tale affezione constatato in donna di 54 anni. Fa notare la difficoltà di una diagnosi differenziale colla neoplasia della ghiandola mammaria, concludendo che grande importanza deve essere data all'anamnesi ed alle reazioni sierologiche in tutti i casi sospetti.

Dott. A. CESTARI. — *Il contegno istologico della parete uterina nei voluminosi fibro-leiomiomi cavitari.*

Il V. Segretario: A. CESTARI.

Accademia Medico-Fisica Fiorentina.

Seduta del 7 aprile 1932.

Prof. A. MONTANARI e Prof. E. BRACALONI. — *Luogo di formazione della bilirubina.*

La ricerca dei tipi di diplococco nella polmonite lobare.

Dott. MICHELE LEVI. — Dalle osservazioni dell'O. condotte su 80 casi di polmonite lobare risulta una chiara corrispondenza tra il tipo del diplococco e il decorso, la sintomatologia, la gravità

della polmonite. Sopratutto interessanti sono le osservazioni sulla frequenza dei tipi di diplococco nei vari periodi dell'anno; loro importanza epidemiologica. Ricerche sul fondamento dei tipi: varietà o aspetti diversi di un solo germe?

Discussione: proff. GORI, STOPPATO, TERZANI, PICCHI.

Caso comune di linfangioma iperplastico del naso, guarito col radium.

Prof. V. PALUMBO. — L'O. presenta un caso di pregressa lesione neoplastica del naso sottoposta a vari tentativi terapeutici con esito negativo, da lui guarito col radium. Da notarsi che il paziente per complicanze locali a carattere gangrenoso era in stato febbrile, con alvo diarroico e in condizioni generali scadenti. Oggi è in pieno benessere; il risultato della cura è veramente notevole, anche dal lato cosmetico.

Prof. V. PALUMBO. — *Carcinoma primitivo della regione cervicale destra di origine branchiogena con metastasi ghiandolari alla regione cervicale sinistra, curato col radium.*

Mega-dolico sigma-colon contenente un voluminoso coproma.

V. GONNELLI. — L'O. riferisce di un caso di mega-colon segmentario congenito in un giovane di 19 anni ricoverato nello Spedale di S. Giovanni di Dio nel luglio 1931 con fatti di grave stercoremia e ostruzione intestinale.

Resezione del sigma in due tempi. Guarigione. Nell'interno del sigma un coproma del peso di Kg. 1,500.

L'O. fa rilevare i vantaggi degli interventi in due tempi per le operazioni sul sigma e sul grosso intestino in generale. *Il Segretario.*

Società Medico-Chirurgica della Romagna.

Seduta del 3 aprile 1932.

Presidenza: Prof. F. GIUGNI.

EMILIANI (Forlì). — *Sopra un'osservazione di assenza congenita dell'appendice vermiforme.*

Su un caso di diabete bronzino.

BRAVETTI (Forlì). — L'O., studiato ed illustrato dal lato clinico, etiopatogenetico ed isto-patologico un caso di diabete bronzino, suffraga l'ipotesi che tale forma morbosa derivi fondamentalmente da un processo di cirrosi epato-pancreatica.

Esprime l'opinione che non convenga per ragioni di chiarezza e di proprietà sostituire la denominazione « diabete bronzino » con quella di « cirrosi pigmentaria » come è stato proposto da alcuni AA.; poichè nella sindrome clinica caratterizzata dalla triade sintomatica: cirrosi epatica, melanodermia e diabete, quest'ultimo sintomo viene ad assumere un così forte rilievo e un così grande valore anche dal lato diagnostico, da giustificare l'importanza cui assurge nel titolo di questa rara forma morbosa.

EMILIANI (Forlì). — *Appendicite acuta con peritonite in individuo con « situs viscerum inversus ».*

Diffusione miliarica acuta polmonare da tubercolosi primaria addominale.

GIUGNI e SELLA (Lugo). — Gli OO. riportano la storia di una giovane di 19 anni, immune da precedenti familiari e personali, che veniva ricoverata in Ospedale per uno stato febbrile iniziato due mesi avanti e ritenuto di origine infettiva intestinale. L'osservazione protratta del caso portava al rilievo di modiche elevazioni termiche irregolari associantisi ad uno stato generale discreto, all'assenza totale di fatti soggettivi ed obbiettivi a carico dell'apparato respiratorio, che aveva conferma dalle indagini radioscopiche. Unici dati erano: soggettivamente dei dolori riferiti alla metà destra dell'addome in vicinanza all'ombellico dove si palpava una resistenza profonda e dolente; il fegato aumentato in toto nel suo volume, dolente e di consistenza superiore alla norma, e una stipsi accentuata. La milza era appena palpabile. Nessuna reazione delle glandole superficiali. Negative riuscirono ripetutamente le agglutinazioni per i germi tifici e per il melitense, come pure le prove culturali del sangue. Negativa pure in un primo tempo la cutireazione T. B. C.

Dopo circa due mesi di questo andamento omogeneo e benigno le condizioni rapidamente si aggravarono per l'accentuarsi dei rialzi febbrili sopravenienti con brividi, seguiti da sudorazioni profonde, e accompagnati da leggera cianosi.

Gli OO. presentano alcune films radiografiche fatte in questo periodo, che dimostrano una disseminazione diffusa a tutto l'ambito polmonare di piccoli noduli ad aspetto tipicamente miliarico, e richiamano l'attenzione sul fatto che in questo periodo l'assenza della tosse e di qualsiasi dato soggettivo ed obbiettivo a carico dell'apparato respiratorio non portavano ad ammettere nemmeno in via di sospetto una così vasta compartecipazione dei polmoni. Le stesse radioscopie praticate anche alcuni giorni prima non avevano rivelata alcuna lesione, e soltanto le radiografie con pose brevissime, 1/20° di secondo, davano un reperto così evidente.

Altre films nei successivi giorni rivelarono una ulteriore e più intensa disseminazione di noduli che si fecero confluenti, e la malata morì attraverso una gravissima forma asfittica. La cutireazione era diventata in quest'ultimo periodo leggermente positiva.

Gli OO., pur non avendo potuto praticare il controllo necroscopico, sono portati a ritenere: 1) che la intensa e rapida diffusione miliarica polmonare non fosse secondaria a focolai pregressi dell'apparato respiratorio, e per l'assenza di qualsiasi dato soggettivo od obbiettivo durante il lungo periodo febbrile, e per la negatività dei ripetuti controlli radioscopici, e per quella postuma dei films presentati che, pur attraverso la notevolissima disseminazione miliarica, non rivelavano segni del complesso primario, o comunque di forme pregresse infiltrative, cicatriziali o calcificate; 2) che l'esistenza della sintomatologia dolorosa addominale durante il lungo periodo febbrile, con reazione delle glandole profonde e sensibile reazione epatica, rappresenti la localizzazione tubercolare primitiva, che ebbe come porta d'entrata l'intestino, con successiva reazione delle glandole addominali profonde e risentimento epatico, probabilmente per un vero processo di epatite tubercolare. Di qui, ad un dato momento, si ebbe la diffusione rapida per via ematica (vena cava e cuore destro) all'apparato respiratorio; 3) che l'assenza di precedenti familiari e personali, ma sopratutto lo stato di anergia T. B. C. (cutireazione negativa), confortino l'ipotesi che

l'infezione tubercolare abbia colpito un soggetto fino allora immune, e che il focolaio addominale rappresenti il complesso primario verificatosi in questa ragazza di 19 anni, con successiva rapida diffusione miliarica per via ematica ai polmoni.

Il Segretario: Dott. Paolo Galli.

Società Medico-Chirurgica Veronese.

Seduta del 4 aprile 1932.

Presidente: Dott. F. Delaini.

Dilatazione gastrica post-operativa tardiva.

Dott. Fiorini. — L'O. illustra due casi di dilatazione gastrica acuta insorti l'uno dopo 45 giorni da una colecistotomia per colecistite calcolosa, l'altro dopo 36 giorni da una appendicectomia a caldo. Nel primo caso si potè mettere in evidenza uno spasmo intenso della pars pilorica. Entrambi cedettero alla somministrazione di forti dosi di antispasmodici.

Discussione: proff. Piazza, Zorzi, Artom, Nicolis.

Angina di petto, diabete e terapia insulinica.

Prof. Rossi. — L'O. si richiama alla questione dell'azione dannosa dell'insulina nell'angina di petto e prospetta quindi il problema dell'uso di tale medicamento quando all'angina di petto si associ il diabete. Crede si debba fare, partendo dalla patogenesi dell'angina, una distinzione tra i casi nei quali si tratta di fattori cardiaci veri e propri (per esempio coronarite o miocardite) nei quali l'insulina aggrava i fenomeni morbosi ed i casi nei quali agiscono fattori extra-cardiaci (es. aortite, sclerosi renale) nei quali invece l'uso dell'insulina riesce vantaggioso. L'O. crede che l'insulina aggravi la sindrome cardiaca quando essa è prevalentemente legata a fattori cardiaci intrinseci per il diminuito apporto di zucchero al cuore. Il tal caso anche una debole ischemia del miocardio, da sola insufficiente, può determinare l'attacco stenocardico.

Discussione: prof. Piazza, dott. Mendini, prof. Artom.

Sulle febbricole tiroidee.

Dott. E. Secco. — L'O. presenta due casi di febbricola datanti da più mesi nei quali in assenza di ogni altro dato, qualche disturbo soggettivo vago (cardiopalmo, deperimento, turbe vasomotorie) portò a pensare ad una eventuale origine tiroidea della febbricola, ipotesi confortata dalla rapida scomparsa di ogni disturbo in seguito ad un trattamento antitiroideo. Passa in rassegna le varie cause morbose capaci di dare una sintomatologia del genere, soffermandosi sopratutto sulle incipienti localizzazioni tubercolari, essendo noto come le due forme, tubercolosi ed ipertiroidismo, possano sussistere concomitanti nello stesso individuo. Mette in evidenza come la sola cura causale diretta antitiroidea possa in questi pazienti portare a quella guarigione per la quale falliscono le comuni cure ricostituenti e climatiche.

Discussione: Prof. Rossi: chiede se abbia riscontrato differenze esistenti tra la temperatura esterna e temperatura interna nei casi riferiti.

Prof. Piazza: illustra le particolarità cliniche dei casi di distiroidismi minimi.

Prof. Artom: è contrario al criterio diagnostico tratto dalla terapia antitiroidinica di cui nega la specificità.

Prof. Artom. — *Il valore e la specificità della reazione di Wassermann.*

Discussione: proff. Viana, Rossi, Zanni.

Dott. Fiocco. — *Segni di sofferenza meningea nelle sifilidi recenti.*

Il Segretario.

Società Medico-Scientifica del Centro Sanatoriale di Arco.

Seduta del 20 marzo 1932.

Presidente: Prof. C. Arrigoni.

Contributo alla collassoterapia polmonare bilaterale.

Prof. E. Curti. — L'O. dopo aver passato in rassegna le indicazioni, controindicazioni e regolazione terapeutica del pnx bil. simultaneo, espone una casistica personale di 16 casi, nei quali il pnx bil. è stato istituito in 6 contemporaneamente, in 10 a distanza di pochi mesi dal pnx monolaterale. I risultati immediati sono stati in tutti i casi ottimi: diminuzione della temperatura, diminuzione della tosse e dell'espettorato, scomparsa del bac. di Koch in certi casi (pnx tot. bil.), ecc. I risultati a distanza sono stati meno confortanti: dei 16 casi 8 seguono la cura, di questi 4 danno affidamento di buon esito, in quanto il miglioramento generale continua, negli altri 4, nei quali la compressione riuscì solo parziale, le lesioni sono tuttora attive e la prognosi è infausta. Due hanno abbandonato la cura: uno da un anno, l'altro da 3; si trovano tuttora in buone condizioni. In 6 casi ha avuto esito letale.

Secondo l'O. tali risultati sarebbero incoraggianti dato che i casi trattati erano tutti gravi e conclude che la percentuale dei risultati buoni sarebbe stata maggiore se fossero stati presi in cura malati con lesioni meno gravi.

Dott. I. Kuciukian. — *Su due casi di lobulo polmonare della vena azigos.*

Dott. D. Sartori. — *Su un caso di echinococco del polmone.*

Discussione: prof. Curti, dott. Martinelli, dott. Weiss.

Dott. G. Berger. — *Alterazioni morfologiche dei leucociti nella tbc. polmonare.*

Sulla diagnosi di pervietà del cavo pleurico.

Dott. F. Enrico. — L'O. dopo aver discusso sui vari metodi clinici e radiologici proposti per la diagnosi di probabile pervietà del cavo pleurico, presenta numerosi casi nei quali questi si son mostrati del tutto insufficienti.

Discussione: dott. Sartori.

Seduta del 17 aprile 1932.

Presidente: Prof. C. Arrigoni.

L'operazione di Jacobaeus.

Dott. F. Cova (Milano). — L'O. — esposte brevemente le indicazioni e la tecnica della resezione delle aderenze pleuriche col metodo di Jacobaeus — presenta numerosi reperti radiografici e toracoscopici in cui l'intervento è stato praticato e ne illustra gli ottimi risultati ottenuti. Si sofferma maggiormente su alcuni casi in cui l'intervento è stato eseguito bilateralmente in pnx bil. con esito brillante.

Il Segretario: Dott. G. Decleva.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

L'infezione focale e la sua importanza per la patogenesi delle malattie nervose organiche.

La questione della dipendenza causale di una flogosi del sistema nervoso da una infezione a focolaio presuppone la dimostrazione dell'agente morboso o delle tossine da esso prodotte.

Tale dimostrazione è facile allorquando l'agente è di natura batterica, come accade nei processi purulenti, e cioè nell'ascesso e nella meningite purulenta.

La connessione causale è allora così stretta, che diviene superflua qualsiasi discussione sulla possibilità di una diffusione di processo metastasizzante, per quanto si sappia che qualsiasi focolaio purulento in altre parti del corpo può in secondo tempo metastasizzarsi nella sostanza nervosa.

Complicazioni notevoli sopravvengono invece allorquando non è possibile dimostrare così nettamente un simile nesso causale, come nel caso della poliomielite, encefalite epidemica, sclerosi multipla, encefalomielite diffusa, nonchè dei processi neuritici. Lo studio clinico, sierologico ed anatomico dimostra infatti che qui non si tratta di processi batterici, ed in nessuna maniera possono essere sostenute le vedute di Rosenow in proposito.

Resta invece, per ora, indiscutibile il fatto che molto spesso il processo flogistico del sistema nervoso è stato preceduto da infezione di altri territori, come ad esempio un'angina, un catarro delle vie aeree superiori, ecc.

L'importanza del processo d'infezione focale nelle flogosi non purulente del sistema nervoso si riannoda in tal modo ai problemi dell'immunobiologia, sorgendo le questioni di come la prima infezione si comporta dal punto di vista immunobiologico, di quali conseguenze è capace lo stato allergico acuto prodottosi, e di come si comporta in tale evenienza un determinato agente morboso già presente nell'organismo in istato di non virulenza.

Si tratta dunque, come sostiene il Pette (*Münch. Med. Woch.*, n. 47, novembre 1931), di tutto un complesso di questioni che offre un vasto campo di studio alle ricerche degli studiosi.

M. FABERI.

Pseudotabe di origine tifica.

Ne hanno comunicato un caso P. Abrami, M.me Bertrand-Fontaine, Robert Wallich e J. Fouquet (*Bulletin et Mémoires de la Soc. Médic. des Hôpitaux de Paris*, 25 gennaio 1932).

Si trattava di un uomo di 43 anni che fu ricoverato in ospedale per due mesi per un tifo grave con sierodiagnosi positiva. Egli uscì dall'ospedale non guarito ancora. Nella convalescenza ebbe un'emozione violenta, dopo la quale ha difficoltà a camminare. Già prima aveva incontinenza di feci e di urine, che però scomparirono rapidamente, mentre persistevano la difficoltà alla deambulazione e parestesie agli arti inferiori. Successivamente comparvero parestesie anche agli arti superiori e difficoltà a servirsene persino per vestirsi e mangiare.

Obbiettivamente si presentava come un tabetico: aveva l'andatura atassica, Romberg positivo, atassia anche degli arti superiori, abolizione dei riflessi tendinei, riflessi cutanei cremasterici e addominali deboli, non Babinski. Forza muscolare diminuita. Paresi dello estensore dell'alluce.

Sensibilità tattile e dolorifica normale ovunque meno che alla faccia dorsale del collo del piede e all'estremità delle dita dei piedi dove c'è ipoestesia. Sensibilità termica normale. Sensibilità al diapson diminuita. Senso di posizione alterato. Stereognosia normale. Atrofia muscolare agli arti inferiori.

Wassermann negativa nel liquor in cui c'era albumina 2 ‰.

Furono fatte 3 iniezioni di veleno di Crotalus terrificus preparato colla tecnica dei Phisalix. Subito ci fu miglioramento. Dopo 3 mesi la guarigione era completa.

L'atassia acuta non tabetica è stata descritta da altri nella difterite, influenza, scarlattina, morbillo, eresipela, vaiolo, tifo, malaria, ma per lo più si tratta di sindromi cerebellospasmodiche tipo Leyden, mentre in questo caso la sindrome era atassica pura.

R. LUSENA.

Poliomielite abortiva.

Da quando Wickmann ha sostenuto l'esistenza di forme abortive di poliomielite si ritiene da alcuni che l'immunità degli adulti dipenda da forme non diagnosticate della malattia avute nell'infanzia. Secondo altri invece si tratta di una « maturazione sierologica » che procede di pari passo colla maturità sessuale e che non ha rapporti con un'infezione pregressa.

La poliomielite abortiva fu studiata in un piccolo centro di 1.700 abitanti, e precisamente a Bedford, dove ci fu un caso di poliomielite. Furono studiati 50 casi di malattia lieve che precedettero il caso di poliomielite netta. Si trattava di pazienti con cefalea, febbre e vomito per 24 o 48 ore. 33 casi furono osservati in ragazzi al disotto di 15 anni in una scuola in cui poi ci furono casi di poliomielite.

Dopo 5 mesi furono fatti prelevamenti di sangue e si trovò che nel 40 % dei casi il siero neutralizzava in vitro il virus della poliomielite e press'a poco la stessa percentuale si aveva con siero di sangue di controllo.

Gli osservatori della Scuola di Harvard (*The Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, 30 gennaio 1932) hanno concluso perciò che l'immunizzazione alla poliomielite non avviene solo in periodo epidemico, ma anche nel periodo interepidemico e che non avviene necessariamente per contatto con malati di poliomielite. Lo argomento però merita ulteriori ricerche.

R. LUSENA.

Prognosi e terapia della mielite funicolare nell'anemia perniciosa.

R. Klima (*Wien. Klin. Woch.*, 43, 1931) ricorda che non tutti i sintomi dell'anemia perniciosa migliorano ugualmente sotto l'azione della cura epatica.

Ora è stato notato che, da quando si pratica la cura di Whipple, i sintomi a carico del midollo spinale sono divenuti più frequenti: forse perchè la cura stessa ha aumentato la durata della vita di questi malati e ha permesso che avessero il tempo di comparire i fenomeni nervosi, la cui insorgenza è lenta e insidiosa; inoltre la mielite funicolare appare favorita dalle ricadute dell'anemia perniciosa che seguono alla insufficiente cura epatica (intolleranza dei malati, incostanza di somministrazione, ecc.).

L'esperienza finora dimostra che la epatoterapia non ha alcun risultato benefico sull'evoluzione di questi processi nervosi; invece la somministrazione del ventroemon, preparato di mucosa di stomaco, si è dimostrato assai efficace; tre casi sono riferiti dall'autore.

Nel primo i sintomi spinali peggiorarono dopo l'inizio della cura, mentre il quadro sanguigno migliorava: ma già un mese dopo i sintomi miglioravano con notevole rapidità, e i riflessi tornavano ad essere presenti.

Nel secondo caso il miglioramento fu lento e progressivo; esso si manifestò con evidenza solo a un anno di distanza dall'inizio della cura.

Anche nel terzo, infine, si ebbe un analogo miglioramento.

La terapia gastrica sembra dunque più efficace di quella epatica nel combattere i sintomi nervosi.

V. SERRA.

Sclere blu e difetti associati.

G. H. Stevenson e D. P. Cuthbertson (*The Lancet*, 10 ottobre 1931) hanno studiato il metabolismo minerale e dei grassi in 4 famiglie con sclere blu.

In questi individui si sa, fin dalle osservazioni di Henzschel (1831), che esiste fragilità delle ossa, mentre la fragilità delle ossa familiare era già nota dal 1788. L'associazione delle sclere blu e della fragilità ossea fu osservata in modo chiaro però solo nel 1818 da Lobstein e Cornaz.

Alle sclere blu e alla fragilità ossea si associa spesso sordità.

In una famiglia gli AA. videro 13 persone con queste anomalie: in esse esisteva anche un rilasciamento dei legamenti articolari tale da dare esagerazione in taluni movimenti, (p. es. notevolissima flessione dorsale delle dita). Nel più vecchio della famiglia non ci furono mai fratture, che invece furono osservate negli altri, compreso un bambino di 4 anni.

In un'altra famiglia, su 55 persone esaminate in 3 generazioni un solo individuo presentava sclere blu, fragilità ossea e rilasciamento dei legamenti articolari. Altri casi isolati sono già stati descritti nella letteratura; uno particolarmente importante fu visto da Bolten in una famiglia in cui c'erano 11 cretini.

Gli AA. dopo aver ricordato le osservazioni sul metabolismo fatte precedentemente da altri, espongono i risultati delle loro osservazioni. In due bambini affetti dall'anomalia suindicata essi notarono una deficiente utilizzazione del calcio, fosforo e magnesio. Probabilmente si tratta di diminuita capacità di assorbimento da parte delle ossa. Ad ogni modo il contenuto in calcio, fosforo e magnesio del sangue era normale.

In quanto alla terapia, l'uso di ergosterolo irradiato e di olio di fegato di merluzzo è stato inefficace.

R. LUSENA.

Neurorecidive dell'acustico.

V. Aprile (*Il Valsalva*, n. 7, 1931) ha studiato due soggetti affetti da lue, i quali in seguito a cure arsenobenzoliche e mercuriali, sono andati incontro a disturbi auricolari, consistenti in rumori, vertigini e sordità progressiva.

Gli esami eseguiti in tali malati, portano l'A. alla deduzione che non è l'effetto tossico del farmaco adoperato a promuovere la forma morbosa, ma uno stato particolare dell'organismo.

Continuando la somministrazione degli antiluetici stessi, la sindrome labirintica scompare.

E. BORGHESAN.

La frenico-exeresi nel trattamento del tic diaframmatico.

P. G. Skillern (*Journ. Amer. Med. Ass.*, 20 giugno 1931) riporta il caso di una donna che aveva avuto, per un periodo di qualche settimana uno stato di intontimento generale seguito da disturbi mentali, specialmente lacune della memoria, gradatamente poi scomparsi dopo otto mesi. In seguito, si ebbero attacchi di palpitazione e poi un respiro assai frequente, di circa 200 al minuto, dapprima ad accessi e poi durante tutto il giorno. Vi erano di tanto in tanto delle crisi oculogire, spasmi dei

muscoli della faccia e degli arti ed attacchi sincopali. All'osservazione, si notava che la respirazione normale era sostituita da contrazioni spasmodiche del diaframma; pulsazioni non molspiri scese a 38 e poi a 20, scomparvero gli atto frequenti, non vi era cianosi.

Sotto anestesia etilenica, si asportarono 2 cm. dei frenici d'ambo i lati. Il numero dei retacchi di sincope.

Ma dopo circa 9 mesi, ritornò il respiro frequente e si ripresentarono gli attacchi di sincope: si procedette ad un nuovo intervento asportando 30 cm. del frenico sinistro, che fu trovato rigenerato e molto più piccolo che dapprima. Nuovo miglioramento ma anche questa volta transitorio; l'asportazione di un lungo tratto del frenico di destra portò la guarigione.

L'A. riporta altri 3 casi di tic del diaframma successivo ad encefalite e ritiene che esso debba attribuirsi a stimolo (tossico?) del nervo frenico. L'ampia asportazione di questo può guarire la condizione. *fil.*

SEMEIOTICA.

Un nuovo sintoma della nefrolitiasi.

D. Szenkier (*Zeit. f. Urol.*, Vol. 25, 1931) ricorda che, come in altre malattie degli organi interni, dopo una colica da calcoli si trova spesso una iperestesia della cute del fianco analogo (zona di Head: dalla D.X alla LI). Questo sintoma compare durante e subito dopo le coliche. Trscorso qualche tempo dalla colica, il sintoma, ossia l'iperestesia della cute del fianco, scompare, secondo l'A., dal lato malato e compare sul lato sano.

L'A. insiste che si tratta proprio di una iperestesia del lato sano e non di una ipoestesia di quello malato, il che si può vedere paragonando la sensibilità del fianco del lato sano con quella di altri distretti del corpo. Il sintoma di Szenkier consiste dunque nella comparsa di una zona di iperestesia cutanea sul fianco del lato sano, a qualche distanza dalla colica. Questo sintoma non si trova nelle altre malattie renali nè in altre affezioni addominali.

Per spiegare la comparsa di questo fenomeno l'A. pensa che « il dolore originato nel rene contenente il calcolo va centralmente attraverso il simpatico, arriva nel ganglio mesenterico inferiore sulle fibre simpatiche dell'altro rene, per eccitare, p. via centripeta grazie alle cellule di percezione, i nervi sensitivi del segmento corrispondente nella metà sana del corpo, e per determinare l'iperestesia cutanea nel fianco del lato sano ».

L'A. insiste sul fatto che il sintoma da lui descritto non deve in alcun caso essere considerato come decisivo; soltanto, poichè finora mancano segni sicuri patognomonici della nefrolitiasi, può dimostrarsi utile fra tutti gli altri sintomi. P. STEFANINI.

MEDICINA SCIENTIFICA

Tubercolosi ed alimentazione.

W. Blumenberg (*Zeitschr. f. Tuberkulose*, n. 5, 1931) riferisce che vari gruppi di cavie vennero alimentate, alcune normalmente, altre a dieta acidogena, altre a dieta alcalinizzante. La dieta normale consisteva in patate lesse, carote gialle e foglie verdi; la dieta acida in avena macinata con aggiunta, ogni secondo giorno, di patate e foglie verdi; la dieta alcalinizzante in foglie verdi e carote gialle, talvolta con piccole aggiunte di patate lesse. L'aumento di peso era inferiore nelle cavie a dieta acida. Dopo 9 mesi di tale dieta le cavie vennero infettate per via sottocutanea, ciascuna con un milionesimo di milligr. di sospensione in ossalato di sodio, di bacilli tubercolari umani di media virulenza. Nessuna differenza nei vari gruppi di cavie, nè nell'epoca di formazione della lesione primaria, della fistolizzazione, dell'ulcerazione, nè nell'estensione e gravità di queste lesioni. La durata di vita era maggiore nelle cavie alimentate con dieta alcalina, minima in quelle a dieta acida (105 giorni nelle prime, 64 nelle seconde). Un altro gruppo di esperienze in cui l'infezione avvenne subito dopo l'inizio dell'alimentazione speciale, diede risultati uguali. L'autopsia dimostrò eguale estensione e gravità di lesioni nelle cavie dei diversi gruppi; le cavie ad alimentazione acida muoiono quindi prima perchè questa dieta è meno adatta al loro organismo, indipendentemente dalla infezione tubercolare. R. POLLITZER.

Le modificazioni del polmone in seguito alla frenicoexeresi studiate col metodo della colorazione vitale.

Sulle modificazioni che intervengono nel polmone in seguito alla frenicectomia le opinioni e le risultanze sperimentali sono discordi Vallone (*Rivista di Patologia sperimentale*, vol. VI, n. 2-3) pertanto ha istituito delle ricerche allo scopo di chiarire l'importante problema.

La frenicoexeresi non determina nel coniglio un costante collasso della base del polmone. Costantemente invece si riscontra iperemia più o meno marcata in tutto l'organo (talora anche in quello opposto), la quale è dovuta più che a stasi dei vasi bronchiali e dei grossi vasi polmonari a dilatazione dei capillari e si riscontra anche quando non esiste nel polmone traccia di atelettasia.

Nel polmone sottoposto a frenico-exeresi la disposizione del trypanblau introdotto per via endovenosa e vitalmente, si verifica limitatamente in confronto del polmone dell'animale normale; ciò è indizio di alterato trofismo cellulare.

GIACOBBE.

Resistenza ed immunità nello studio sulla tubercolosi.

La resistenza contro la tubercolosi, dice J. Magat (*Medizinische Welt*, n. 42, 1931), è in parte determinata da fattori costituzionali, in parte essa viene influenzata da svariati fattori endogeni ed esogeni. Così si riesce p. es. ad aumentare nelle cavie la resistenza contro la tubercolosi somministrando per via parenterale alte dosi di lecitina. Negli animali così trattati non si riesce ad impedire l'infezione, si ottiene però una malattia attenuata. La lecitina, viene accumulata nelle cellule reticolari della milza, nelle cellule epatiche, e nelle cellule alveolari del polmone. R. POLLITZER.

VARIA.

"Caro dottore, avete da mangiare?,,

È questo il titolo di una commedia di Karl Schönherr, rappresentata per la prima volta al Burgtheater di Vienna. Commedia di stile ultramoderno, non recentissima perchè ne ha già parlato fra l'altro anche E. Klauber in *Münch. med. Wochens.*, del 1° agosto 1930; ma tema di sempre viva attualità questo delle pietose condizioni economiche di gran parte dei laureati.

Le scene si susseguono rapide, illuminate da sprazzi di luce che si spostano nei vari settori, disposti anche in piani diversi, in cui è diviso il palcoscenico.

Vediamo dapprima la stanza di visita del Dr. Heilmüller, il quale attende inutilmente fino a tarda sera i clienti che non vengono. La luce illumina poi la stanza da lavoro di una calzettaia, la Signora Huber: movimento incessante di gente di ogni strato sociale, una baronessa, un generale. Non già che questi si interessino delle calze ma è che la Signora Huber gode fama di avere virtù magnetiche curative. Per la scienza e per i suoi affamati apostoli, essa non ha che un sorriso fra il sardonico ed il compassionevole. E come tratta i suoi clienti! La baronessa per la quale il tocco magnetico era stato disposto per le due prega di anticipare perchè a quell'ora deve andare a pranzo. « Ma prima debbo pranzare io! » risponde la brava Frau Huber, « vada da un dottore se crede! ». Proposta che atterrisce la baronessa, la quale attende pazientemente l'ora che le viene imposta.

Ma la luce si sposta e vediamo successivamente degli avvocati, pronti a qualunque lavoro per un pezzo di pane, un vecchio medico di campagna che si è rotta una gamba nel far delle visite in montagna e che non ha pensione nè per l'infortunio, nè per la vecchiaia. Spinto dalla fame, accetta di fare « l'uomo di paglia » per coprire l'attività magnetica della calzettaia. E passiamo ad un'altra scena: il concorso per un posto a cui accorrono più di cento dottori che sparano tutte le cartucce per poterlo ottenere; riesce naturalmente non il migliore, ma il più protetto.

Ecco poi un altro medico — quello della Cassa malati — a cui non mancano certamente clienti; ma in conseguenza di quel lavoro sfacchinante e mal pagato, muore per un insulto cardiaco.

Il raggio illumina altre scene, fra cui anche l'aula universitaria al momento delle lauree. « Oggi lavora la fabbrica dei dottori » osserva con sarcasmo il bidello. Vengono in lunghe file candidati e candidate e ricevono l'agognato diploma. Ed i dottori di fresco scodellati fanno, per il futuro, progetti di ricchezze, di fama e sognano di metter su casa, di possedere un'automobile...

Ma la luce ritorna nella prima stanza senza clienti del Dr. Heilmüller al quale la moglie annunzia che ha deciso di divorziare; ella preferisce il benestante fornaio all'onore di essere la moglie del dottore.

In un'altra stanza vediamo un altro medico che studia giorno e notte per un esame di abilitazione... in cui viene bocciato perchè non ha dato prova di conoscere abbastanza profondamente la microscopia del pelo. Adirato, getta i libri per terra, riscuotendo così gli applausi della Signora Huber, e cerca di ottenere un impiego alle Poste. Ma ben presto l'ira svanisce ed egli riprende i libri e lo studio. « Vi deve pure essere qualche cosa nella scienza » commenta scrollando il capo la Signora Huber che ha osservato la scena. Parole con cui finisce la commedia e che vogliono esprimere una conclusione conciliativa: allo scienziato la scienza e la fame, alla magnetizzatrice la cassetta ricolma di danaro.

I rapporti fra le condizioni sociali e le correnti spirituali e materiali nell'ora che corre sono così espressi chiaramente nelle loro antitesi e lasciano qualche cosa di profondamente amaro, non solo per il presente ma per la piega che potranno prendere nel futuro.

fil.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

K. SCHNEIDER. *Probleme der Klinischen Psychiatrie.* — Editore Thieme, Lipsia.

R. KIENBÖCK e H. RÖSLER. *Neurofibromatose.* — Editore Thieme, Lipsia.

F. COLLORIDI. *Macrosomia fetale e sifilide.* — Tip. C. Ferrari, Milano, 1931.

F. COLLORIDI. *Contributo clinico al sonno crepuscolare in travaglio di parto mediante il Pernocton.* — Tip. Cogliati, Milano, 1931.

S. SOLIERI. *Pubblicazioni scientifiche.* — Stab. Tip. Romagnolo, Forlì, 1931.

L. MAGNI. *La vita al mare ed il meccanismo d'azione della talassoterapia nei soggetti affetti da tubercolosi extrapolmonare.* — Tip. Cooperativa, Parma, 1931.

G. ARNONE. *Polmone da sforzo.* — L. Cappelli, Bologna, 1932.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE

L'endemia gozzo-cretinica.

Fra le malattie sociali merita di essere ricordato il *gozzo endemico*. Si intende volgarmente per *gozzo* qualsiasi ingrossamento cronico della ghiandola tiroide, ma fra i vari tipi di gozzo ne esiste uno che, potendo colpire anche interi gruppi di popolazione, assume il carattere di malattia endemica.

Il gozzo dipende da una modificazione patologica della ghiandola tiroide, la cui alterata funzione si manifesta anche con altri sintomi fisici e mentali, di varia intensità, come la bassa statura (nanismo), il naso depresso, la grossezza delle labbra e della lingua, la rugosità della pelle, l'aspetto senile, i disturbi uditivi fino alla sordità, l'inceppamento della parola fino al mutismo, la difficoltà di respiro, i disturbi di circolazione (palpitazioni), l'andatura goffa e lenta, il torpore psichico, ecc. Quando questa sintomatologia è profondamente accentuata, si ha il quadro del *cretinismo endemico*, che rappresenta la estrema manifestazione dell'*ipotiroidismo endemico*, progressivamente aggravatosi attraverso numerose generazioni.

Si comprende come una popolazione dove questa malattia sia notevolmente diffusa (gozzo e cretinismo endemico) si trovi in condizioni di decisa inferiorità psichica e fisica, e perciò anche economica e sociale; tale fenomeno si verifica purtroppo in molte delle nostre valli alpine, dove interi Comuni sono colpiti dal flagello, ed in minore grado anche in altre regioni.

Il gozzo predilige le popolazioni delle *zone montane* e si presenta in generale tanto più grave e diffuso quanto più sono elevati i nodi montuosi dai quali discendono le valli, perciò in Italia il gozzo è più diffuso nelle valli alpine che nelle appenniniche.

La malattia è più grave in Svizzera od in regioni anche maggiormente elevate come nell'Imalaia, ma può dirsi che nessun continente ne è risparmiato.

Il gozzo è stato riscontrato anche in Sicilia, ed in Sardegna, più rari sono i focolai di pianura, come quelli di alcune zone della vallata del Po. Le provincie ove l'endemia gozzo-cretinica è più manifesta sono quelle di Aosta, Cuneo, Sondrio (Valtellina) e Bergamo; ma indagini recenti hanno dimostrato la sua presenza anche in altre vallate alpine (Brescia, Como, Varese), in Liguria ed in alcune località dell'Appennino.

Osservazioni fatte nelle scuole hanno messo in rilievo che in Valtellina l'ipertrofia delle tiroide (segno più appariscente dell'endemia) si trova in media nel 64 % degli alunni, ed in molti Comuni fino nel 70 e nell'80 %; nelle provincie confinanti di Brescia, Bergamo, Como e Varese il fenomeno esiste egualmente, per quanto in grado minore.

Se l'endemia del gozzo non sempre dà luogo alle gravi forme di cretinismo, non v'è dubbio, però, che le sue manifestazioni diffuse, anche se lievi, si accompagnano in generale ad una intelligenza al disotto del normale, ed a quella certa ottusità mentale che, per alcune popolazioni, è diventata quasi proverbiale.

Un indice della importanza della malattia è dato dalle statistiche dei riformati alla leva militare. Per esempio, per la classe 1900 il numero dei riformati in tutto il Regno e nelle varie zone per cretinismo e alterazioni della tiroide (ipertrofia e gozzo voluminoso) risulta dalla seguente tabella:

	per cretinismo	per gozzo voluminoso	per ipertrofia della tiroide
Italia Settentrionale	151	325	145
» Centrale	44	21	22
» Meridionale	38	8	18
» insulare	31	16	14
Regno	264	370	199

Appare evidente la grandissima prevalenza di queste tre forme morbose nell'Italia settentrionale, dove sono i più importanti nodi montuosi, in confronto alle altre parti della penisola.

Analogamente per il decennio 1912-22 la percentuale dei riformati per deficienze dovute ad ipotiroidismo nei Comuni della valle di Aosta andò da un minimo di 8,50 % ad un massimo di 26,08 %.

Se dunque il gozzo endemico ed il cretinismo non hanno fra noi l'importanza che assumono in altri paesi (Svizzera-Baviera), ciò nondimeno rappresentano per alcune delle nostre provincie una grave piaga demografica e sociale, che non solo sottrae al servizio militare una quota notevole della popolazione alpina maschile, ma che incide anche fortemente sulle condizioni fisiche e psichiche della popolazione ed è causa di degenerazione della razza.

Necessario presupposto per poter organizzare una lotta razionale contro una malattia sociale come l'endemia gozzo-cretinica, dovrebbe essere l'esatta conoscenza delle sue cause; tale conoscenza offrirebbe la possibilità di colpire il male alla radice cercando di eliminare i fattori che lo producono. Disgraziatamente

però, allo stato attuale della scienza, dobbiamo confessare di non conoscere la causa del gozzo. Per quanto sia ben noto che esso è in rapporto con un'alterata funzione della ghiandola tiroide non sappiamo per quale, o per quali ragioni, detta funzione si alteri. Lo studio epidemiologico della malattia ha dimostrato con sicurezza che essa è legata all'ambiente, e che, nelle zone di endemia, anche le tiroidi ritenute normali superano sensibilmente in volume quelle degli individui che vivono in regioni immuni.

Svariate teorie sono state formulate per spiegare il comportamento regionale dell'endemia gozzo-cretinica; le più note sono:

La teoria idrogeologica, che attribuisce la causa del gozzo all'acqua che si beve in alcune località, e più particolarmente alla presenza in essa di speciali sostanze gozzigene derivate dalle rocce o dal terreno da cui l'acqua proviene;

La teoria infettiva per cui l'acqua, od altri veicoli (insetti?) trasporterebbero un germe causa della malattia;

La teoria della insufficienza di iodio suffragata dal fatto che il ricambio dell'iodio nell'organismo è strettamente legato alla funzione della tiroide e che l'iodio possiede una indiscutibile azione terapeutica sulle manifestazioni di ipotiroidismo; nonchè sulla variabile quantità di iodio, che, secondo le ricerche di alcuni autori, è dimostrabile nell'aria, nell'acqua, nel terreno ed anche negli alimenti delle località gozzigene.

Altre ipotesi danno importanza alla qualità dell'alimentazione, alle condizioni igieniche di vita e di ambiente delle popolazioni di montagna e sopratutto al fenomeno della nuzialità fra consanguinei, molto frequente nelle vallate alpine e nei montanari in genere.

Si ammette, altresì, che il gozzo endemico possa essere dovuto non ad una causa unica, ma all'associazione di più fattori patogenetici, sopratutto in riguardo alle popolazioni che presentano anche normalmente (forse per le condizioni dell'ambiente in cui vivono) uno stato di ipotiroidismo, o di speciale sensibilità della tiroide.

Le nostre conoscenze eziologiche sono dunque ancora troppo oscure ed incerte per poter fornire le direttive ad una lotta contro il gozzo; fortunatamente però esistono due principi fondamentali sui quali, sin da ora, ed in attesa di chiarire il difficile problema, possiamo imperniare la lotta, e questi sono: 1) la indiscussa azione terapeutica e profilattica dell'iodio; 2) l'importanza di quel complesso di condizioni di ambiente che è particolarmente legato alla montagna, e che si riassume nella vita in abitazioni antigieniche, umide, poco aereate e illuminate, in intimo contatto con gli animali domestici, nella alimentazione poco variata e scarsa di carne, nei frequenti matrimoni tra consanguinei.

L'azione profilattica e curativa dell'iodio, oltre che dalle esperienze di clinica e di laboratorio, è stata dimostrata da prove eseguite su larga scala sulla popolazione, specialmente scolastica, di paesi fortemente colpiti dall'endemia. Tali prove sono state ampiamente attuate anche in Italia nelle scuole della Valle di Aosta, ed in quelle della Valtellina: in quest'ultima regione si è fatta anche la somministrazione di sale iodato all'intera popolazione. Accurate ispezioni e rilievi sul volume della tiroide nelle scuole, hanno sicuramente dimostrato che la somministrazione continuata di piccole dosi di iodio, meglio se associate a piccole dosi di endotiroidina (cioccolatini jodati) oppure quella di sale jodato (profilassi muta) portano ad una notevole diminuzione del volume della tiroide e della percentuale dei bambini colpiti, e ad un miglioramento delle condizioni fisiche e psichiche di coloro che presentavano segni di ipotiroidismo. Il Muggia, dopo accuratissime indagini sulla popolazione scolastica, ha potuto affermare che dopo 5 anni di somministrazione di sale jodato i risultati sono sono stati tali che la Valtellina non è più la provincia più gozzigena d'Italia, come era prima; le tiroidi ipertrofiche, che erano l'84 %, sono discese al disotto del 50 %.

Di fronte a questi risultati, dovuti all'opera fattiva di pochi pionieri prima, e poi dei Comitati appositamente costituitisi nella Provincia di Sondrio e di Aosta, coll'aiuto del Governo e col concorso delle Autorità locali, si impone la necessità di intensificare la lotta e di estenderla a tutte le regioni colpite dal male, non solo, ma di identificare tutti i possibili focolai di gozzismo esistenti nel Regno per poterli efficacemente circoscrivere e combattere.

Un altro mezzo di lotta è costituito dalle provvidenze dirette a migliorare le condizioni di vita degli abitanti delle zone montagnose attraverso la creazione di strade, di industrie, di scuole, col perfezionamento dell'assistenza sanitaria, colla costruzione di case igieniche, col buon approvvigionamento idrico e col razionale smaltimento dei rifiuti e sopratutto favorendo ogni forma di attività agricola, industriale e commerciale, per modo che la maggiore agiatezza ed il benessere economico, la facilità di viaggi e di comunicazioni, lo scambio di lavoratori da regione a regione, rendano possibile elevare il tenore di vita abituale delle popolazioni, arricchirne in quantità e qualità l'alimentazione e diminuire il numero dei matrimoni fra consanguinei.

Il Governo Nazionale non ha tralasciato di istituire indagini per accertare sempre meglio l'entità del gozzismo nelle varie regioni d'Italia, sia con un'inchiesta preliminare, affidata agli uffici sanitari provinciali, sia delegando al Prof. Muggia l'incarico di una speciale indagine nelle quattro provincie di Bergamo, Brescia, Como e Varese confinanti con

quella di Sondrio, alle quali, a seguito del risultato delle sue ricerche, lo stesso Prof. Muggia ha proposto di estendere la somministrazione del sale iodato.

Di fronte però alla moltiplicità dei problemi che ancora presenta lo studio del gozzo, alle diversità delle condizioni locali delle zone nelle quali le prime indagini hanno rivelato l'esistenza di focolai della malattia, alla varietà delle dottrine eziologiche e patogenetiche non solo, ma persino dei criteri e dei metodi proposti per compiere gli accertamenti destinati a misurare l'intensità dell'endemia, il Ministero dell'Interno, prima di adottare ulteriori provvedimenti, ha ritenuto opportuno nominare una Commissione di competenti in materia, col mandato di completare le indagini per la delimitazione delle zone di endemia e di proporre i provvedimenti per una efficace lotta contro la medesima.

Auguriamoci che i resultati dei lavori della Commissione, unitamente a quelli delle ricerche degli scienziati che studiano l'oscuro problema, porteranno all'applicazione di utili provvedimenti i quali, insieme con quelli che il Governo Nazionale sta attuando per la valorizzazione economica e sociale della montagna, potranno in un avvenire non lontano debellare la triste piaga dell'endemia gozzo-cretinica, come è stata recentemente debellata quella della pellagra. A. FRANCHETTI.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ACQUANEGRA SUL CHIESE (*Mantova*). — Scad. 15 lug.; per Mosio; L. 10.000 da ridurre del 12 %; 5 quadrienni dec.; c.-v.; trasp. L. 600; età lim. 40 a.

AMPEZZO (*Belluno*). — Scad. 20 lug.; chiedere annunzio; L. 9000 e 6 quadrienni dec., oltre L. 500 serv. att., c.-v., L. 1000-1500-3000 trasp., L. 1000 se uff. san.; diminuz. 12 %; addizionale L. 500 ogni 150 pov. in più di 420; punti riportati negli esami.

ANDORNO MICCA. — (Vedi VERCELLI).

AREZZO. *Amministrazione Provinciale.* — Coadiutore della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi. Per titoli ed esami. Stipendio annuo iniziale L. 11.000, al lordo delle ritenute di legge, aumentabile di un decimo per ogni quadriennio e per cinque quadrienni. Indennità caro-viveri nella misura e per la durata stabiliti per gli altri dipendenti dell'Amm. Provinciale. Tutti gli assegni sono soggetti alla riduzione del 12 % di cui il R. D. L. N. 1491 del 20-12-1930. La domanda ed i documenti, l'elenco dei quali con tutte le altre modalità possono desumersi dal bando di concorso, da richiedersi alla Segreteria dell'Amministrazione Provinciale, debbono pervenire all'Amministrazione stessa non più tardi delle ore diciotto dell'8 luglio 1932.

BOLOGNA. *Istituto Ortopedico Rizzoli.* — Medico assistente presso il dipendente Istituto Elioterapico Codivilla in Cortina d'Ampezzo; L. 3840, vitto, alloggio, partecipaz.; età lim. 30 a.; prova clinica sul malato ed eventualm. esercitaz. pratica sul cadavere; scad. ore 17 del 25 mag.; conferme annue non oltre il 40° anno d'età. Rivolgersi Segreteria. Tassa L. 25.

BRINDISI. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Scad. 15 giu.; direttore; L. 16.000 e 2 quadrienni di L. 1000, oltre serv. att. L. 4200; riduz. 12 %; età lim 45 a.; rivolgersi al Presidente.

CASSINO (*Frosinone*). — Scad. 15 mag.; per S. Angelo in Theodice; L. 8500 lorde 12 %, più lire 1400 cav., 5 quadrienni ventes.

CASTELNUOVO MAGRA (*La Spezia*). — Scad. 30 giu., L. 8200 oltre L. 800 uff. san., L. 3000 cav., 10 bienni ventes.

CENGIO (*Novara*). — Scad. 15 lug.; L. 8400 e 10 bienni ventes., oltre L. 500 uff. san.; età lim. 35 a.

CESENATICO (*Forlì*). — Scad. 22 mag.; 3ª cond.; L. 9000 e 10 bienni ventes. per il 18 % della popolazione; addizionali di L. 3, L. 4 e L. 5; ricostruzione carriera; c.-v.; L. 2000 cavalc.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50; doc. a 6 mesi dal 12 apr.

FARRA DI SOLIGO (*Treviso*). — Scad. 31 mag.; 2ª cond.; L. 7480 e c.-v.

FIRENZE. *R. Arcispedale di S. Maria Nuova e Stabilimenti Riuniti.* — Al 10 giu., ore 16; direttore generale sanitario; età lim. 45 a. alla scad.; doc. a 3 mesi dal 26 apr.; tassa L. 50; stip. L. 20.000 aumentab. a L. 24.000, oltre L. 10.000 indenn. carica; c.-v.; deduz. 12 %; alloggio; eventuali compensi extra; divieto eserc. profess. — Direttore con residenza a Careggi; stip. L. 15.400 aumentab. a L. 19.400, oltre L. 4000 indenn. carica. Le altre condizioni come sopra. Chiedere annunzi.

FIUGGI (*Frosinone*). — Scad. 5 giu.; L. 9500 oltre 5 quadrienni dec., c.-v., L. 500 se uff. san.; età lim 35 a.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 27 apr.; stazione idroclimatica.

LENTINI (*Siracusa*). *Ospedale Civile.* — Scad. 31 mag.; rivolgersi Segreteria.

MANFREDONIA (*Foggia*). — Scad. 30 mag.; per Zapponeta; L. 10.000 oltre L. 1000 uff. san. e L. 500 arm. farm.; ab. 1000 circa.

MANTOVA. *Amministrazione Provinciale.* — Coadiutore della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi. Per titoli ed esami. Stipendio annuo iniziale L. 16.000 aumentabile fino ad un massimo di L. 17.800 mediante due scatti quadriennali rispettivamente di L. 800 e di L. 1000, più un supplemento di servizio attivo di L. 4000. L'intera retribuzione è soggetta alle trattenute di legge nonchè alla riduzione di cui il R. D. L. N. 1491 del 20-11-1930. La domanda ed i documenti, l'elenco dei quali con le altre modalità possono desumersi dal bando di concorso da richiedersi alla Segreteria dell'Amministrazione Provinciale, via Principe Amedeo 30, Mantova, debbono pervenire all'Amministrazione stessa non oltre le ore diciotto del 6 luglio.

ORANI (*Nuoro*). — Scad. 31 mag.; L. 9500 da ridurre del 12 %; 6 quadrienni dec.; addizion. L. 5 oltre i 1000 pov.; L. 360 Carcere mandament.; tassa L. 50.

OTRICOLI (*Terni*). — Scad. 21 lug.; L. 7000 oltre serv. att., c.-v., trasp.; riduz. 12 %.

POZZOMAGGIORE (*Sassari*). — Scad. 12 lug.; L. 9500 da ridurre del 12 %; 5 quadrienni; addizion. L. 5 oltre i 1000 pov.; tassa L. 50,10.

Racalmuto (*Agrigento*). — Ufficiale Sanitario. Per titoli ed esami. Stipendio iniziale L. 7000, con quattro aumenti quadriennali del decimo, al lordo delle ritenute di legge e della riduzione del 12 %. La domanda ed i documenti, l'elenco dei quali con tutte le altre modalità, possono desumersi da bando di concorso da richiedersi alla R. Prefettura di Agrigento, debbono pervenire alla predetta Prefettura non più tardi delle ore diciotto del 31 maggio 1932.

Roma. *Ministero dell'E. N.* — Sono aperti i seguenti concorsi per le Facoltà di Medicina e Chirurgia: in Clinica neuropatica e psichiatrica, per la R. Università di Cagliari; in Clinica oculistica, per la R. Università di Modena; in Clinica ostetrica e ginecologica, per la R. Università di Perugia, in Igiene, per la R. Università di Modena; in Istologia ed Embriologia generale, per la R. Università di Bologna; in Medicina del lavoro, per la R. Università di Napoli.

Ronco Canavese (*Aosta*). — Scad. 12 lug., ore 12; con Valprato Soana; L. 10.000 e 10 bienni ventes., oltre L. 1800-3500 trasp.

Salerno. *R. Prefettura.* — Posti di Ufficiale Sanitario. Per titoli ed esami. Stipendio, oltre quattro aumenti quadriennali del decimo, come segue: Comuni di: S. Marzano sul Sarno L. 4000; Agropoli L. 6000; Cava dei Tirreni L. 7000, oltre L. 1500 indennità di cavalcatura; Piagine L. 5000; Consorzio comuni di Maiori e Minori L. 6000, oltre L. 3000 indennità cavalcatura; Consorzio comuni Laviano, Castelnuovo di Conza, Santomenna e Valva L. 7000, oltre L. 3000 indennità cavalcatura. Età non superiore anni 45, salvo eccezioni di legge. Domanda e documenti di rito. Termine utile ore dodici del quindici giugno 1932. Per chiarimenti rivolgersi Ufficio Sanitario Provinciale di Salerno.

San Giovanni in Persiceto (*Bologna*). *Ospedale Civile.* — Al 31 mag., assistente; titoli; età lim. 30 a.; L. 6500, diritto d'alloggio, vitto dietro corrispettivo di L. 7 giornaliere; nom. biennale, conferme annuali; serv. entro 15 gg.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 21 apr.

Sassari. *Ospedale Civile.* — Scad. 20 mag.; primario radiologo; L. 12.000 e compartecipaz. 45 %; età lim. 40 a.; diploma di specializzaz. o docenza e biennio di esercizio consecutivo; eventualm. esami; tassa L. 50.

Tarquinia (*Viterbo*). — Condotta per il 2° rione Tarquinia e Mare. Per titoli. Stipendio iniziale L. 9500, suscettibile di cinque aumenti quadriennali in L. 1000 ciascuno; indennità caro-viveri nella stessa misura stabilita per il personale dello Stato, se e fino a quando verrà corrisposta agli altri dipendenti. Stipendio e indennità caro-viveri soggetti alle ritenute di legge ed alla riduzione di cui il R. D. L. 20-XI-1930, n. 1491. Tassa concorso L. 50,10. Per notizie sui documenti da esibire ed altri schiarimenti rivolgersi alla Segreteria Comunale. Scadenza 20 luglio p. v.

Teramo. *Congregaz. di Carità.* — Scad. 15 giu., ore 12; aiuto di medicina nell'Ospedale Civile « Vitt. Em. III »; L. 5000 oltre c.-v.; ritenuta 12 %; 15 % proventi tasse di degenza; tassa L. 50; età lim. 35 a.; doc. a 2 mesi dal 16 apr. Chiedere annunzio.

Traona (*Sondrio*). — Per titoli ed esami. Consorzio Traona, Mello, Cercino, con residenza in Traona. Stipendio annuo al lordo ritenute Cassa Pensioni e Ricchezza Mobile L. 8500, con aumento di un decimo al compimento di ciascun quinquennio a partire dal termine del biennio di prova. Indennità per mezzo di trasporto: L. 3500 se automobile, L. 2000 se motocicletta, L. 800 se bicicletta; indennità di trasferta L. 1400; id. di Ufficiale Sanitario L. 500; id. di caro viveri (eventuali). Tutti i suddetti assegni sono soggetti alla riduzione del 12 % come da R. D. L. del 20-11-1930, n. 1491. Scadenza ore diciotto del 31 maggio. Per chiarimenti, notizie sui documenti ecc., rivolgersi al Presidente del Consorzio Medico in Traona.

Varese. *Amministrazione Provinciale.* — Direttore della Sezione medico-micrografica del Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi. La scadenza di questo concorso è stata prorogata alle ore diciotto del prossimo 30 giugno.

Vercelli. *R. Prefettura.* — Posto di Ufficiale Sanitario pel comune di Andorno Micca. Stipendio L. 7000, più dieci aumenti biennali. Viene inoltre data un'indennità di L. 3500. È ammesso l'esercizio della libera professione. Domande alla Prefettura corredate dai prescritti documenti entro il 15 giugno p. v. Per chiarimenti rivolgersi Prefettura Vercelli, Ufficio Sanitario.

Vietri di Potenza (*Potenza*). — Scad. 20 mag.; L. 7000; da dedurre 12 %; 6 quadrienni dec.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

Concorsi a premi.

Accademia di Medicina di Barcellona.

L'Accademia ha indetto vari concorsi, tra cui i seguenti:

Premio in onore del dott. Salvá y Campillo (consistente in medaglia d'oro, 1000 pesetas ecc.), sul tema « Investigazioni cliniche o sperimentali relative all'infezione tubercolare »;

Premio del dott. Garí pel 1932 (consistente in 4000 pesetas) sull'anatomia, fisiologia o patologia dell'apparato urinario;

le memorie concorrenti a questi due premi possono essere scritte in catalano, castigliano, latino, francese o italiano; scad. 30 settembre 1932;

Premio Miguel Visa y Tubau (consistente in 15.000 pesetas) sul tema: « Investigazioni sui problemi recenti relativi alla eziologia o alla patogenesi del cancro »; i lavori potranno essere scritti in castigliano (spagnolo) od in latino; scad. 31 maggio 1934.

Rivolgersi alla: Secretaría de la Academia de Medicina, Carmen 47, Barcelona, Spagna.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il presidente generale della Croce Rossa, Filippo Cremonesi, in virtù dei poteri concessigli dallo statuto, ha conferito la medaglia d'oro dei benemeriti al dott. Venceslao Fraschetti, in segno di gratitudine per la disinteressata efficace collaborazione data alla organizzazione infermieristica della Croce Rossa, in occasione della settima edizione del Manuale degli Infermieri della C. R., la cui prima edizione vide la luce nel 1898.

All'egregio collega giungano le nostre più vive congratulazioni.

È stato riammesso in servizio quale straordinario per un triennio solare dal 16 novembre, il prof. Carlo Verdozzi, di patologia generale, dimissionario volontario dal 2 dicembre 1927.

Sono nominati professori straordinari in seguito a concorsi i proff.: Filippo Battaglia, di anatomia e istologia patologica, a Messina; Pietro Verga, di anatomia e istologia patologica, a Perugia.

Sono abilitati alla libera docenza i dottori: Agostino Porsio, in anatomia umana normale; Ugo Camera, in clinica chirurgica infantile; Ennio Rizzatti, in clinica malattie nervose; Francesco Alessio, Gino Meldolesi, in clinica medica; Luigi Bai, in clinica ortopedica; Salvatore Ciaccia, in clinica ortopedica e traumatologica; Ottavio Larini, Giuseppe Mello, in clinica ostetrica ginecologica; Francesco Benciolini, Gaspare Cusenza, in clinica otorinolaringoiatrica; Crispino Catteruccia, Alfredo Lucca, Luciano Zaccaria Magni, Dino Moggi, in clinica pediatrica; Giuseppe Carbonaro, Giuseppe Sanfilippo, in farmacologia sperimentale e terapia; Enrico Calisti, Carmelita Casagrande-Rossi, Matteo Ciaccia, Carlo Francesco Cerruti, Melchiorre Dechigi, Giuseppe Mirone, Alessandro Seppilli, in igiene; Antonio Risi, in materia medica e terapia; Paolo Rosolino Babini, Mario Bergamini, Camillo Ramorino, Bernardo Roccia, in odontoiatria e protesi dentaria; Valentino Carminati, Antonio Gualdi, Virgilio Chini, Giulio Dolfini, Enrico Piccinelli, in patologia generale; Osvaldo Amorosi, Gaudenzio Antonioli, Corradino Giacobbe, Arrigo Miani, Renzo Pecco, Giuseppe Perotti, Mario Prati, Mario Romeo, Mario Ronzini, Pietro Sannazzari, Carmelo Trinchera, in patologia speciale chirurgica; Plinio Atzeni, Giacomo Bagnaresi, Matteo Antonio Bonanno, Enrico Bracaloni, Michele Bufano, Rocco Capo, Modesto Dalla Palma, Silvio De Candia, Ugo De Castro, Zaccaria Francesco Fanelli, Cesare Giordano, Girolamo Pansini, Renzo Pecco, Giuseppe Pellegrini, Giuseppe Perotti, Giovanni Piccoli, Mario Prati, Leopoldo Rossi, Pietro Sannazzari, Carlo Semenza, Carmelo Trinchera, in patologia speciale medica; Antonio Marras, in patologia e clinica dermosifilopatica; Carlo Goria, Carlo Emanuele Roberti, Giovanni Sai, in psichiatria; Gioacchino Arnone, Luigi Asti, Gino Laschi, Arduino Ratti, Pietro Sighinolfi, Rodolfo Viviani, in radiologia medica; Giorgio Del Guerra, Federico Orlando, Francesco Pellegrini, in storia della medicina; Cesare Coruzzi, Furio Travagli, in medicina sociale.

Ai neo-professori, non pochi dei quali sono nostri collaboratori ed amici, i nostri rallegramenti.

La medaglia Kober pel 1932 è stata assegnata, dall'Associazione dei Medici Americani, al dott. E. P. Joslin, professore di clinica medica all'Università Harvard di Boston, per i suoi studi sul diabete mellito.

Il premio del Circolo Medico di Rosario (Argentina) è stato conferito al dott. Publo Borrás per il suo lavoro: « Corio-epitelioma e reazione di Aschheim e Zondek ». Il premio viene assegnato ogni anno all'autore del lavoro giudicato migliore tra quelli comunicati al circolo da autori laureati da non più di 10 anni.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Padova

In memoria del prof. Salvioli.

Nel pomeriggio del 23 aprile all'Istituto di Patologia Generale di questo Ateneo vennero scoperti una lapide ed un medaglione a memoria del compianto prof. Ignazio Salvioli che tenne la cattedra di quell'insegnamento per quasi quarant'anni. Alla cerimonia, oltre il Rettore Magnifico e numerosi professori, presenziava una folla di studenti.

Il prof. Cagnetto, che per affinità di studi aveva temporaneamente sostituito il Maestro scomparso, fu l'iniziatore delle onoranze al Salvioli, tesse l'elogio del collega in questa adunanza commemorato. Prende quindi la parola il prof. Guerrini che dirige ora l'Istituto di Patologia, e scopre il medaglione (bella opera d'arte dello scultore Corsini di Siena) sotto al quale è posta la seguente leggenda: « Ad Ignazio Salvioli maestro insigne di Patologia generale, la Facoltà e gli allievi 1893-1931 ». Parla infine a nome degli ex allievi il prof. Spangaro primario all'Ospedale di Verona.

PLF.

NOTIZIE DIVERSE.

2° Congresso stomatologico internazionale.

Avrà luogo nel settembre 1934 a Bologna, sede designata dall'Associazione stomatologica internazionale allo scopo di dare una dimostrazione della considerazione nella quale è tenuta l'Italia, quale Nazione all'avanguardia del progresso stomatologico, consolidato dalla legislazione fascista. Il Comitato organizzatore, di cui è presidente il prof. Arturo Beretta di Bologna, ottenuta da S. E. il Capo del Governo l'autorizzazione, ha invitato le Società stomatologiche estere ad iniziare i lavori preparatori, in modo che questo Congresso riesca degno delle tradizioni dell'Ateneo bolognese e della stomatologia italiana.

2° Congresso internazionale di chirurgia ortopedica.

La Società internazionale di chirurgia ortopedica terrà il suo prossimo congresso dal 19 al 22 luglio 1933 in Londra, presso la Reale Società di Medicina, sotto la presidenza del dott. Nové-Josserand di Lione (Francia).

12ª Sessione delle "Giornate Mediche di Bruxelles,,.

Avrà luogo dal 25 al 28 giugno, sotto l'Alto Patronato delle LL. MM. il Re e la Regina del Belgio e sotto la presidenza del prof. Fernand Héger.

Le Giornate Mediche, fedeli alla loro formula d'insegnamento post-universitario, la quale ha ottenuto così largo successo in tutti i Paesi ove è stata applicata, comprenderanno una parte pratica ed una teorica; quest'ultima aggrupperà, in un fascio di conferenze, i nomi di personalità particolarmente quotate nel mondo medico internazionale. Sono in programma anche numerosi festeggiamenti. Le adesioni devono inviarsi al segretario, Dr. R. Beckers, rue Belliard 141, Bruxelles. Le quote restano fissate in 75 franchi per i medici e 50 per le signore e le persone che li accompagnano.

9° Congresso medico siciliano.

La Presidenza del Comitato Esecutivo ha deliberato di rimandare questo congresso ai giorni 16-19 maggio, onde evitare la coincidenza con le manifestazioni « Littoriali » di Bologna (1-8 ottobre), alle quali sono stati chiamati tutti i Rettori delle Università. Il programma prestabilito rimane invariato.

2ª Riunione latino-americana di oftalmologia.

In conformità ad una decisione presa dalla 1ª Riunione, tenutasi a Santiago de Chile nel febbraio 1931, la prossima riunione avrà luogo nel settembre 1932 a Buenos Aires. La Commissione organizzatrice ha per segretario il Dr. Carlos S. Damel. Rivolgersi a « La Prensa Médica Argentina », Junín 848, Buenos Aires.

Lega francese contro il cancro.

Ha tenuto l'assemblea generale il 26 aprile, sotto la presidenza dell'on. Blaisot, ministro della Sanità pubblica. Alla fine della adunanza il dott. J. Colt Bloodgood, della « Johns Hopkins University » di Baltimora, ha pronunziato una conferenza sulla lotta contro il cancro negli Stati Uniti.

Corso internazionale di tecnica ospedaliera.

Si terrà, a cura dell'Associazione internazionale ospedaliera, dal 29 settembre all'8 ottobre, in Francoforte sul Meno, presso l'Ospedale municipale e universitario. Tassa: 30 marchi per l'intero corso, 5 per le singole giornate. L'ospedale procurerà l'alloggio. Iscrizioni presso il Geheinvrat Dr. Aller, Moorenstrasse 5, Düsseldorf. Germania.

Corso di perfezionamento sulle malattie della circolazione sanguigna.

Si terrà a Parigi, nell'Ospedale Tenon, a cura dell'« Association d'Enseignement Médical des Hôpitaux de Paris », sotto la direzione del prof. Camille Lian, agrégé alla Facoltà medica, dal 23 al 28 maggio.

Concernerà le arterie, le vene ed i capillari. Nel prossimo novembre si terrà un altro corso, che riguarderà il miocardio, l'endocardio, il pericardio, l'aorta e l'arteria polmonare. Tassa d'iscrizione 250 franchi, più 100 franchi per un viaggio a Bagnoles sur l'Orne. Iscrizioni presso la Facoltà di Medicina; si ricevono anche dal dott. Blondel, assistente, Hôpital Tenon, rue de la Chine 4, Paris.

Corso di perfezionamento sulle malattie renali.

Avrà luogo a Parigi, nella Clinica di terapia medica della Pitié, sotto la direzione del prof. F. Rathery, dal 31 maggio all'11 giugno. Tassa d'iscrizione 250 franchi. Per le iscrizioni rivolgersi alla Facoltà di medicina (Segreteria, oppure « Association des Relations Médicales », Salle Béclard); per informazioni al Dr. Maurice Rudolf, Clinique Thérapeutique Médicale de la Pitié, boulevard de l'Hôpital 83, Paris.

Una conferenza.

Nell'aula di Clinica Medica Generale della Università di Milano l'on. prof. Eugenio Morelli, della R. Università di Roma, ha tenuto una brillante lezione sulla toracentesi e sul pneumotorace artificiale nella tubercolosi polmonare.

L'aula era gremita d'uno scelto uditorio. Assisteva il prof. Zoia, direttore della Clinica, con la facoltà di medicina quasi al completo; numerosi i pratici e gli studiosi.

L'oratore ha illustrato il concetto della collassoterapia nel pensiero di Forlanini, ha trattato delle indicazioni e controindicazioni del pneumotorace, ha riferito sulla toracentesi e sulla susseguente sostituzione di aria nei casi di versamento traumatico, ricordando le applicazioni e i successi da lui conseguiti al fronte, in soldati con ferite al polmone. Presenta ed illustra il funzionamento di un nuovo apparecchio, destinato a sostituire i vecchi aspiratori impiegati nella toracentesi.

« Cinquant'anni or sono — dice l'on. Morelli — Roberto Koch, alla Società di fisiologia di Berlino, comunicava la scoperta dell'agente specifico della tubercolosi, confermando le teorie di Villemin. La tossinoterapia, la sieroterapia, la vaccinoterapia, la terapia mista sono state preconizzate, studiate ed esperimentate in questo mezzo secolo. Per interessanti che siano i risultati ottenuti si tratta di metodi ancora allo studio e di applicazioni veramente limitate. Cinquant'anni or sono, Carlo Forlanini, della Clinica pavese, iniziò la

cura della tisi con il pneumotorace terapeutico, frutto di una profonda conoscenza della fisiopatologia dell'apparecchio respiratorio. Oggi le diverse scuole italiane e straniere riconoscono al grande Maestro, il merito di aver dato alla medicina il mezzo terapeutico più indicato e più sicuro per vincere e dominare la tubercolosi polmonare. Per volontà del Duce, conclude l'oratore, a Roma sorgerà, per sottoscrizione internazionale, un monumento a Carlo Forlanini. Fate sì che l'Italia, per questo insigne Maestro, esprima tutto il palpito della sua generosità ».

L'oratore fu applauditissimo da tutti e vivamente felicitato da molti fra gli studiosi presenti.

Agli Istituti ospitalieri di Milano.

È stato pubblicato di questi giorni il bilancio consuntivo 1930 degli Istituti Ospitalieri di Milano; il ritardo col quale la pubblicazione stessa è avvenuta è dovuto alla necessità di raccogliere da tutti gli uffici competenti gli elementi interessanti la gestione ed indispensabili per rispecchiare nel conto finale le reali e precise competenze dell'esercizio.

Circa l'esercizio 1930, in quanto si riferisce al patrimonio al 31 dicembre 1927, le rendite diminuirono di fronte al preventivo, di L. 1.552.538; diminuirono pure le spese nella misura di lire 395.099; il reddito netto del patrimonio risultò così di L. 5.410.230. L'erogazione statutaria a favore del Comune di Milano fu di sole L. 5.283.388 perchè, a termine di statuto, L. 126.931 compensano la perdita subìta nel gettito « spedalità » esclusa dalla beneficenza.

La diminuzione delle entrate alla quale si è accennato più sopra derivò in gran parte dalla riduzione del gettito per affittanze di fondi rustici e dalla diminuzione degli affitti urbani.

La riduzione delle spese nella misura alla quale pure s'è accennato non poteva essere maggiore.

Nella sostanza il totale delle entrate ascende a L. 22.617.175 e, poichè il totale delle spese di beneficenza è di L. 22.586.656, ne risulta un avanzo economico di L. 30.518.

La situazione amministrativa, tenuto conto di questo avanzo economico e del saldo attivo nella gestione residui, riduce il disavanzo amministrativo a L. 532.499 e chiude il bilancio con una attività netta di L. 97.612.031.

Nuova facoltà medica nel Giappone.

È stata ultimata la costruzione del nuovo « Shorva Medical College », con annesso ospedale, a Nakanobu, presso Tokio; ne è stato nominato decano il prof. Okada, emerito dell'Università Imperiale di Tokio.

Vi si sono già iscritti circa 700 studenti.

Norme per i sanatori in Francia.

La Camera dei Deputati della Francia ha votato una legge, in virtù della quale i sanatori per tubercolotici vengono sottoposti alla legislazione degli stabilimenti insalubri. In conformità a queste disposizioni, l'apertura dei sanatori non sarà più permessa senza previa approvazione della Commissione tecnica del Ministero della Salute Pubblica. Resta vietata l'istituzione di sanatori nei Comuni dichiarati stazioni idrominerali, climatiche o turistiche. Ogni sanatorio dovrà essere attorniato da un'estensione di terreno bastevole per il passeggio dei ricoverati, ai quali non sarà consentito di uscire da tale zona. Un regolamento sanitario tipo, stabilito dal Consiglio Superiore dell'Igiene, disporrà le norme per la disciplina sanitaria degli alberghi e delle pensioni e per le eventuali disinfezioni dopo decesso o partenza di pensionati, nelle località che abitualmente accolgono malati di tubercolosi.

Per i prodotti farmaceutici nazionali in Austria.

A causa delle gravi difficoltà economiche in cui si dibatte l'Austria, il ministro del commercio e delle finanze ha limitato l'introduzione dei prodotti farmaceutici. In media essa era prima di 4 milioni di scellini austriaci al mese (12 milioni di lire it.). In primo tempo si stabilì di ridurla a un milione e mezzo di scellini, poi a 250.000 scellini. Data questa forte limitazione, soltanto le droghe che non possono prodursi o non sono prodotte in Austria (chinina, morfina, cocaina, arsenobenzoli, ecc.) sono importate dall'Estero. Le difficoltà vengono accresciute in quanto i pagamenti all'Estero possono effettuarsi solo attraverso la « Nationalbank ».

I produttori proclamano il successo di queste misure restrittive; ma i medici incontrano gravi difficoltà nella cura dei pazienti.

L'Austria importava quasi tutti i suoi medicinali dalla Germania, dall'Inghilterra e dall'America.

La " bomba di radio ,, in Inghilterra.

A complemento della notizia pubblicata nel fascicolo scorso, aggiungiamo che la « Commissione Nazionale pel Radium » dell'Inghilterra ha comunicato alla stampa di non avere inteso denegare l'efficacia della bomba di radio, ma di avere soltanto voluto affermare che l'uso di essa non è economico e non offre sufficienti garanzie: molto più vantaggioso risulta dividere lo stesso quantitativo di radium, moltiplicandone così le applicazioni.

Se il radium disponibile in Inghilterra dovesse utilizzarsi tutto in forma di « bombe », si avrebbero soltanto sei di tali unità, insufficienti per i bisogni attuali.

Nella stampa medica.

La « Rassegna internazionale di Oto-rino-laringologia » ha uno scopo definito: elencare e recensire tutti i lavori della specialità e, per tal modo, far conoscere in Italia i lavori pubblicati all'Estero e all'Estero quelli pubblicati in Italia. Si onora della collaborazione di molti studiosi di valore di varie nazionalità. È diretta dal prof. Guido Guida e presentata dal prof. Guglielmo Bilancioni; sarà a periodicità quadrimestrale; il primo fascicolo, che reca la data di aprile, comprende incirca 200 recensioni ordinate per argomenti, un copioso indice bibliografico, pure ordinato, notizie. La redazione e l'amministrazione hanno sede in Roma, via Nomentana 41. L'abbonamento importa L. 30 per l'Italia, L. 60 per l'Estero. Auguri.

Lingue classiche e insegnamento della medicina in Francia.

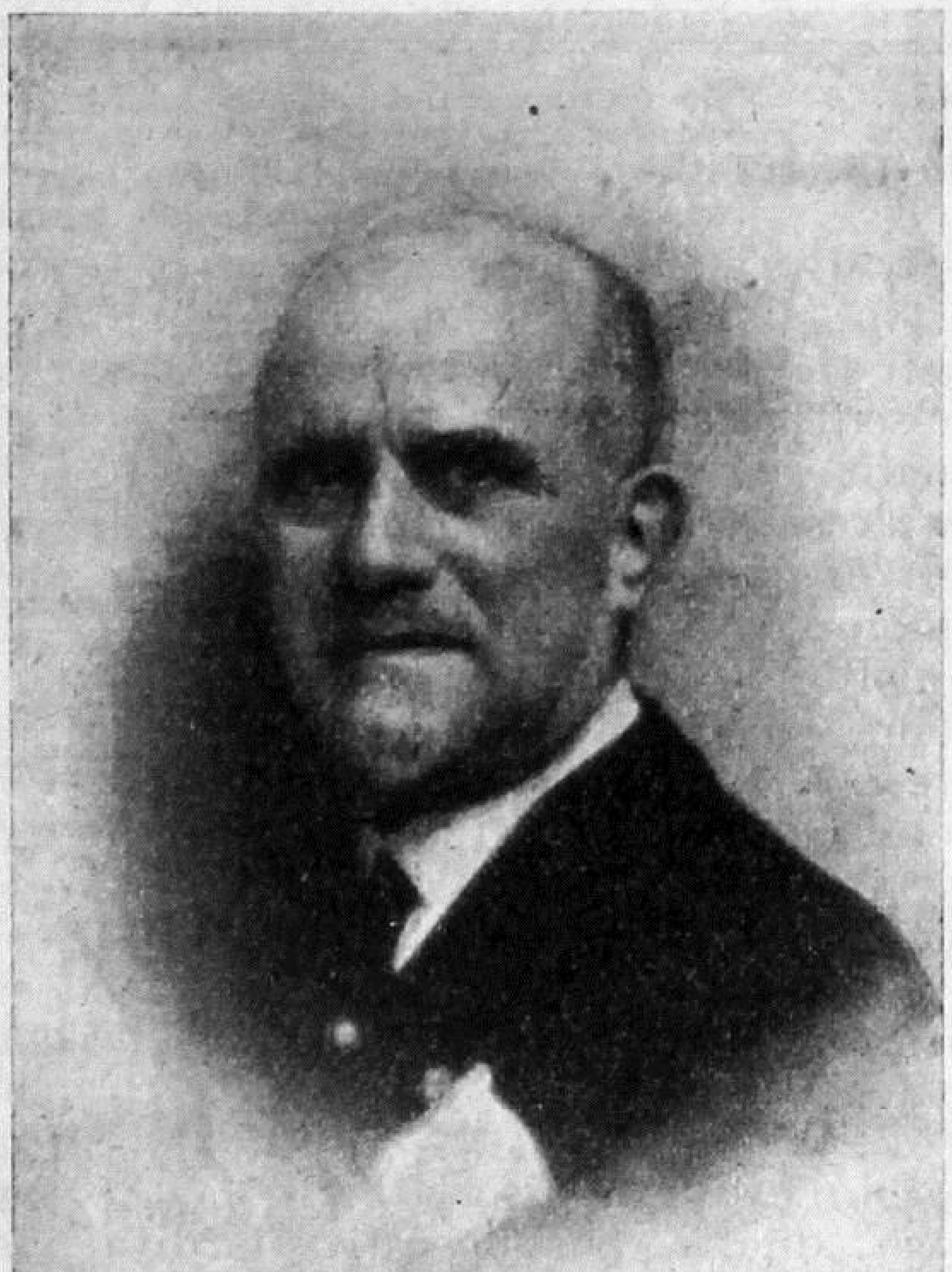
Un progetto di legge presentato, in Francia, dall'on. Armbruster, ha lo scopo di ripristinare la conoscenza del greco e del latino come condizione *sine qua non* per l'iscrizione nelle Facoltà di medicina. Ciò in seguito a proteste di alcuni corpi scientifici e di alcuni professori, i quali, da quando è stata permessa l'iscrizione ai giovani

provenienti dalle scuole medie tecniche, hanno deplorato l'abbassamento culturale della professione e l'incapacità di molti medici della nuova generazione ad esprimersi chiaramente e correttamente in lingua francese.

Il progetto venne approvato dal Senato. Prima ancora che fosse approvato anche dalla Camera, il ministro della P. I. emanò un decreto, in data 25 gennaio u. s., col quale metteva praticamente in esecuzione il progetto stesso. Ne sono derivati vivaci comizi e dimostrazioni di studenti secondari, fino a rendere necessario l'intervento della Polizia. Lo strano è che il corpo accademico della Facoltà medica di Montpellier (la più antica Facoltà medica francese, ove, sino alla fine del secolo XVIII, gl'insegnamenti erano impartiti in latino), ha emanato una protesta contro la nuova legge, dichiarando che le direttive scientifiche odierne della medicina portano a considerare la preparazione umanitaria di scarsa importanza per gli studi medici.

Il sen. prof. Baldo Rossi.

Una grave perdita ha recato alla Chirurgia Italiana la morte del prof. sen. Baldo Rossi, avvenuta a Milano il 20 aprile u. s.



Nato nel 1868 a Limito (Milano), e laureato a Pavia nel 1893, si sentì attratto alla carriera chirurgica, che intraprese e compì presso l'Ospedale Maggiore di Milano conquistando successivamente, per concorso, tutti i gradi della gerarchia: assistente, aiuto, dirigente della sezione di traumatologia e meccanoterapia Ponti (1902), e infine chirurgo primario (1906).

Libero docente di medicina operativa prima, poi di clinica traumatologica, ricevette nel 1908 l'incarico dell'insegnamento della traumatologia negli Istituti clinici di perfezionamento di Milano e, divenuto in seguito a concorso professore di ruolo, tale cattedra tenne fino a che, nel 1924, fu chiamato alla direzione della Clinica chirurgica generale della R. Università di Milano, allora istituita.

Furono trent'anni di ascesa continua, fino all'apogeo: l'insegnamento clinico universitario che a Lui, non proveniente da Cliniche, e quindi senza l'appoggio di alcuna di queste, fu dato di raggiungere soltanto grazie all'eccezionale Suo valore. Oltre alle Sue doti intellettuali, è alla indefessa laboriosità e alla grande forza di volontà che Egli dovette la riuscita, la quale fu tanto più meritoria in quanto tutta la Sua preparazione si compì senza la guida o l'aiuto di un maestro.

Fin dall'inizio della Sua carriera Egli ebbe la percezione che tempi nuovi maturavano per la chirurgia con i progressi della istopatologia e dei mezzi di investigazione diagnostica e, giunto a posti direttivi, volle che i reparti a Lui affidati fossero dotati di tutti i moderni mezzi di indagine sussidiari alla clinica. Le innovazioni da Lui introdotte ebbero nell'ambiente « routinier » del vecchio ospedale l'effetto di una vivida fiaccola che, diradate le tenebre, illumini una nuova via: tale fu infatti l'indirizzo scientifico al quale Egli volle fossero informati così lo studio e il trattamento degli ammalati nelle corsie ospedaliere, come tutta la preparazione culturale e pratica dei giovani medici. Di questi che, attratti dal Suo esempio e dalla Sua fede, in buon numero presero a seguirlo, Egli si trovò ben presto ad essere il naturale Maestro, costituendo così il primo nucleo di quella Sua Scuola che doveva rinnovare nello spirito e nell'azione l'ambiente ospedaliero e che, man mano più forte e perfezionata, sotto la Sua saggia guida, avrebbe un giorno avuto per sede l'aula universitaria.

Conscio della nobiltà e della responsabilità della missione di Maestro, Egli fu non soltanto l'insegnante che largisce conoscenze scientifiche e tecniche, ma l'educatore. Le qualità morali pesano infatti, secondo Lui, non meno della intelligenza e della cultura nella determinazione del valore di un chirurgo, e, nel plasmare l'anima dei giovani per suscitarvi una retta coscienza professionale, Egli ammoniva di informare sempre la condotta prima di tutto all'evangelico precetto: fare agli altri quello che vorresti fatto a te stesso, non fare agli altri quello che non vorresti fatto a te.

Imponente per mole e per valore fu la produzione scientifica Sua personale e quella degli allievi, di cui Egli era un assiduo animatore. In periodici Rendiconti usò rendere di pubblica ragione l'attività dei reparti da Lui diretti, mettendo a profitto del pratico i frutti della Sua esperienza, e in numerose pubblicazioni Sue e della Scuola i più diversi ed importanti argomenti di chirurgia furono oggetto di studio e di contributi originali. Partecipò con assiduità e attivamente ai Congressi scientifici, e più volte vi fu relatore. Al Congresso della Società Internazionale di Chirurgia tenuto a Varsavia nel 1929 presentò una relazione molto apprezzata sul trattamento chirurgico dell'ulcera gastrica, e per il Congresso della Società Italiana di Chirurgia, che avrà luogo a Roma nel prossimo ottobre, era incaricato di una relazione sul tema delle peritoniti acute, alla quale attese fino a pochi giorni prima della Sua fine. Dirigeva dal 1924 la Rivista « La Clinica Chirurgica ».

Rettore Magnifico della Università dal 1926 al 1930, risolse molti importanti problemi, tra cui l'approntamento dei mezzi finanziari occorrenti per il prospero avvenire dell'Istituto.

Un periodo particolarmente luminoso della vita del prof. Rossi fu quello corrispondente al conflitto mondiale, allo scoppio del quale Egli si recò prima presso le armate tedesche e poi presso quelle francesi a studiare i servizi sanitari, ritornandone colla convinzione che i concetti allora ufficialmente vigenti riguardo all'assistenza dei feriti gravi, in specie degli addominali, al campo, fossero da riformare radicalmente.

Tale convinzione propagandò con fede e con tenacia in scritti, in pubbliche conferenze, in colloqui con autorità responsabili e, non pago di suggerire idee e progetti, provvide addirittura alla loro attuazione creando, con mezzi procuratisi personalmente dalla beneficenza pubblica e privata, grazie all'autorità e alla fiducia di cui godeva, quelle originali unità che, in numero di tre, col nome di Ospedali chirurgici della Città di Milano e sotto le insegne della Croce Rossa Italiana, nei diversi settori della fronte, tanto benefica attività dovevano esplicare nella cura dei nostri valorosi feriti. Iniziativa la Sua che fu ben presto seguita dalla Sanità militare coll'apprestamento di proprie Unità similari: le Ambulanze chirurgiche.

Volle altresì, ed ottenne, che il corpo sanitario dei Suoi Ospedali fosse un complesso organico armonico, quale poteva risultare dalla mobilitazione pressochè integrale del personale di singoli Ospedali o Cliniche e, poichè era stato fervido fautore dell'intervento contro l'Austria, pagò di persona dapprima prodigando la Sua opera al Padiglione Zonda trasformato in Ospedale militare territoriale, poi, non appena furono pronti ad entrare in campagna gli Ospedali mobili, partendo volontario al comando di uno di essi, col quale rimase alla fronte dal maggio 1916 al dicembre 1918, meritandosi la promozione a colonnello medico per meriti eccezionali e una medaglia d'argento al valor militare. Anche dell'imponente lavoro chirurgico compiuto nell'Unità da Lui diretta, diede contezza in una estesa e molto lodata Relazione, densa di osservazioni, di statistiche e di deduzioni pratiche.

Nel torbido immediato dopoguerra, tra i primi fervidamente aderì al movimento Fascista, nelle cui file, con salda fede e con assoluta dedizione militò disciplinatamente e fu autorevole gerarca. Senatore dal 1923, trattò nell'alto Consesso, colla Sua grande competenza, importanti questioni come la riforma della legge sugli infortuni del lavoro e la organizzazione dei servizi chirurgici in guerra.

Le doti della mente andavano nel prof. Rossi congiunte ad un animo pieno di sentimento e di bontà: lavoratore instancabile, Egli non conobbe mai il peso nè il sacrificio del Suo generoso prodigarsi per gli ammalati, nè più alte soddisfazioni che quelle del bene compiuto. Alla memoria dell'eletto Chirurgo e Maestro insigne, vada il più commosso omaggio.

G. SOLARO.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XXXIX Roma, 16 Maggio 1932 - X Num. 20

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI.

Clinica Chirurgica della R. Università di Cagliari.

La soppressione completa e prolungata degli alimenti "per os„ come trattamento preparatorio alla cura radicale delle ulcere gastriche e duodenali sanguinanti.

Prof. G. BAGGIO.

Per quanto si legga frequentemente che, a proposito di ulceri gastriche o duodenali sanguinanti, il dibattito fra cura medica e cura chirurgica non è sanato, bisogna riconoscere che nella grande maggioranza dei casi, arbitro della situazione in materia suddetta è il chirurgo. Nell'ematemesi o nella melena da ulcera, specie se ripetuta, il medico riconosce volentieri gli estremi complicativi per cui trova opportuno che la responsabilità della cura sia assunta da chi, oltre ai mezzi incruenti, può sfruttare le risorse manuali dirette sulla sorgente emorragica. Ed è giusto. Soltanto che, questo riconoscimento di competenza chirurgica, spesso avviene tardi, quando l'emorragia si è ripetuta abbondantemente; chè se poi il chirurgo avesse potuto trattare quest'ulcera che sanguina, prima che avesse sanguinato, le difficoltà egli le avrebbe prevenute: il che è assai più agevole che affrontarle quando già si sono costituite.

Dibattito, se mai, a proposito della cura dell'ulcera gastrica o duodenale sanguinante, si trova nel campo degli stessi chirurgi, perchè, ad una tendenza d'attesa prudenziale, delineatasi nel primo tempo della chirurgia gastrica, è seguita l'opinione (di cui fu banditore specialmente Finsterer) d'operare d'urgenza, mentre ora tornano da capo ad essere non più isolate le voci che raccomandano l'astensione finchè l'emorragia non sia ces-

sata stabilmente. Nel complesso, prevale fra i chirurgi, il criterio di operare: ma ecco che di tale criterio si possono distinguere già tre gradazioni: l'una, di operare tout court, come se si trattasse di una gravidanza tubarica rotta o di un'appendicite in primo stadio, un'altra (alla quale aderisce la maggior parte dei chirurgi) di operare in periodo di tregua, appena il malato si sia ripreso, specialmente a seguito di trasfusioni, ed una terza, che di solito viene riferita a Balfour, di astenersi di fronte alle emorragie isolate, ma di operare se l'emorragia si ripete. Aggiungansi la varietà di misura nella quale viene inteso l'intervento: dall'allacciatura dei vasi extraviscerali alla circumfissione dell'ulcera, all'allacciatura della boccuccia sanguinante nel fondo dell'ulcera, all'escissione dell'ulcera, alla gastro-enterostomia, alla resezione estesa; e ci si dovrà convincere che è tutt'altro che raggiunta una norma che equivalga a quello che *si deve* fare.

Di tale criterio indeterminato sentivo anch'io l'influenza, quando il caso mi indusse a cercare nel mio giudizio quelle risorse che mi vedevo sfuggire dall'applicazione del giudizio altrui.

Il 3-VI-1928 fui invitato da un medico a vedere un malato il quale tre giorni prima aveva avuto una ematemesi cospicua e in quel giorno ne aveva avuta un'altra, di maggiore intensità. Per i precedenti, era stato facile al curante far diagnosi di ematemesi da ulcera, ed io non potevo che confermarla. Quanto alla cura, mi parve di dover provvedere a che l'emorragia non si ripetesse una terza volta. D'altra parte, temendo che essa, arrestata di recente, dovesse ripetersi per il disagio del trasporto, decisi di attendere ancora una giornata, sospendendo nel frattempo ogni ingestione, anche di sola acqua e — se non si fossero verificate altre emissioni di sangue — far trasportare poi il malato per l'operazione. Difatti l'indomani, a sera, egli entrò all'Istituto di Patologia Chirurgica e la mattina appresso fu operato.

Un'ulcera callosa della piccola curvatura, parte alta, penetrata nel piccolo omento, aveva infiltrato e retratto quest'ultimo fino a farlo quasi scomparire ed aveva trasformato la piccola curva dello stomaco in un piastrone diffuso che dal piccolo omento non si distingueva più e i cui limiti cardiali non si raggiungevano.

Se non si fosse trattato di riparare all'emorragia, sarebbe parso conveniente di limitare l'intervento a quel mezzo sussidiario della cura medica che è la gastro-enterostomia.

Ma, davanti ad un'ulcera di quelle proporzioni, che aveva dato emorragie imponenti, attribuibili, per la sede dell'ulcera, a lesione dei vasi coronarii, mi pareva che ogni intervento sullo stomaco al di fuori del campo ulceroso non potesse avere altro effetto immediato che quello di favorire il ripetersi dell'emorragia. Provvedere ai vasi senza interessarsi dell'ulcera, cioè con allacciatura a monte ed a valle o pensare alla circumfissione dell'ulcera, era assurdo. Aprire lo stomaco voleva dire trovarsi davanti ad una superficie ulcerosa certamente estesa, sulla quale non era prevedibile se si sarebbe venuti a capo della sorgente emorragica senza far guasti maggiori. Perciò tentai l'estrema misura: della resezione, nella forma piloro-gastrica, che, oltre ad essere la più radicale, mi appariva anche la più agevole. E la condussi a termine, spingendomi verso il cardias fin dove potevo e dove mi pareva che l'ulcera fosse sorpassata, quantunque il piccolo omento fosse ancora più spesso del normale. Riconobbi nel moncone residuo l'apertura di sezione dei vasi coronarii, che mi fu facile pinzettare e allacciare separatamente, mentre non era stato possibile individualizzarli a stomaco intero; non riconobbi invece sulla linea di sezione mucosa normale. ma mi parve di essere ai limiti dell'ulcera e mi accontentai di ricanalizzare bene piuttosto che esporre il malato a pericoli imminenti fino allora scongiurati. Se non che, già durante il trasporto dalla camera operatoria si verificò una emissione di contenuto gastrico a tinta di fondo di caffè, e ciò mi preoccupò, quantunque il sangue potesse essere attribuito a gemizio della linea di sezione. Nella giornata il polso si mantenne buono e lasciava sperare che le cose sarebbero andate per il meglio. Ma durante la notte precipitò all'improvviso. La lavanda gastrica vuotò del liquido emorragico e al mattino il paziente morì coi segni dell'anemia acuta, non ostante i sussidii di emostatici e di trasfusione che furono usati largamente.

Il pezzo resecato portava un'ulcera oblunga, di più di due centimetri, alla quale mancava l'estremo prossimale. Era soltanto il margine che mancava? o l'ulcera, nel suo decorso a gronda, era assai più lunga di quello che appariva ed io ne avevo lasciato buona parte? La mancanza d'autopsia mi impedì di risolvere il dubbio, ma non mi impedì di ritrarre dal caso questa precisa sensazione: se, invece che in periodo emorragico, avessi operato in periodo di tregua, con tutta probabilità quella giovane vita si sarebbe salvata. E accanto a questa, che pure era una semplice sensazione vaga, anche una dimostrazione obiettiva mi fornì quel caso: che, cioè, un grosso vaso del fondo ulceroso asportato, il quale mostrava evidente l'ampia usura della sua parete, era pure occluso da un trombo tenace.

Non avrebbe potuto resistere a lungo, quel trombo, se rispettato nella sua compagine? Lasciato il malato a sè stesso, la minaccia dell'integrità del trombo era costituita dall'azione del succo gastrico. Ridurre e, se fosse stato possibile, eliminare quest'azione, sarebbe equivalso a dare al malato la possibilità dell'intervento in condizioni di favore.

Al Congresso di Medicina e Chirurgia del 1922, discutendo la relazione sull'ulcera duodenale, Queirolo aveva chiesto al relatore chirurgo quali vantaggi avesse la semplice gastro-enterostomia sulla pratica della soppressione completa dell'alimentazione per via ga-

strica che egli praticava con tanto successo da moltissimi anni, sostituendovi l'alimentazione rettale che « è sufficiente per mesi a mantenere in vita gli ammalati in condizioni buonissime ».

Fin da allora — assistendo a quella discussione — avevo rimarcato per mia dottrina, che, pur lasciata da parte l'opportunità della G. E., Queirolo aveva tenuto a digiuno orale i suoi malati per mesi. Se egli aveva fatto ciò per mesi, io potevo pur tentare di fare altrettanto per una quindicina di giorni, tempo che mi pareva sufficiente alla organizzazione di un trombo. E se la organizzazione del trombo era minacciata dal succo gastrico, nessun mezzo avrebbe potuto eleminare o ridurre quest'azione più che il riposo funzionale completo dello stomaco.

Dico completo, perchè tale non mi pare assolutamente che sia quello che si ottiene con l'artifizio di Einhorn di nutrire i malati mediante la sua sonda duodenale o con la digiunostomia. Indubbiamente l'uno e l'altra sottraggono lo stomaco allo stimolo funzionale diretto (sebbene la sonda come corpo estraneo, agisca stimolando) ma non gli risparmiano lo stimolo indiretto, riflesso, costituito dalla presenza di alimenti nel digiuno, che, anche all'esperimento si rivelano capaci di provocare secrezione gastrica. E completo mi pareva che dovesse essere invece il riposo funzionale gastrico da ottenersi, se doveva servire al trattamento, non di un'ulcera gastrica, ma di un'ulcera gastrica emorragica.

Così andò maturandosi nella mia mente — per riflessione sulla triste esperienza occorsami — l'opportunità di quella linea di condotta che già altri s'erano tracciata, probabilmente per considerazioni analoghe alle mie.

Perchè il riposo funzionale dello stomaco sia completo, è necessario eliminare anche l'acqua: e chi non ne è persuaso ricordi che nell'esame del chimismo gastrico l'acqua può essere usata da sola come sostanza da ingerire per provocare la secrezione di succo gastrico. Ma l'acqua non può essere sottratta all'organismo. Perciò, alla sua soppressione *per os* sopperisco con somministrazione per retto, che faccio praticare ordinariamente sotto forma di perette da 100 cc. ciascuna, ogni 4 ore.

Per introdurre poi anche una sostanza energetica, all'acqua aggiungo del glucosio, in proporzione del 5 %: ma anche con esso vado adagio se il rene non è integro o, comunque dimostra di risentirsene, e non esito a sopprimerlo pure del tutto. Ogni altro alimento, come brodo, latte, uova, per via rettale, più che inutile, perchè non assorbibile, si dimostra spesso dannoso, perchè irritante. Invece: da quando comincia l'emissione di feci, al posto di una peretta nutritiva faccio praticare al mattino una peretta evacuativa, di acqua e glicerina.

Il trattamento è completato poi da iniezioni di olio canforato con 1-2 decimi di centigrammo di eroina, ogni 4 ore, in coincidenza delle perette rettali, da borsa di ghiaccio all'epigastrio e, nei primi giorni, da iniezioni coagulanti.

A questa restrizione, che ha dell'angherioso, i malati si adattano con una facilità incredibile. Incredibile anche a loro malati, i quali, non solo si meravigliano di non soffrire, ma constatano il beneficio che ne ritraggono.

Un collega, assai diffidente quando seppe che dieta gli era prescritta, mi decantava, sorpreso, il benessere che andava acquistando dopo un giorno o due.

Ed è anche facile comprendere questo benessere quando si pensi che il sangue che si raccoglie nell'intestino di un gastroemorragico diventa un tossico notevole. Pauchet sente il bisogno di aggiungere all'operazione gastrica la cecostomia per eliminarlo con abbondanti lavaggi. Se, lasciato l'organismo a sè stesso, e non potendo ricorrere ai drastici, sopprimiamo l'ingestione di ogni sostanza, al tubo gastroenterico non chiediamo altro compito che quello di eliminare il suo contenuto; e la liberazione dal tossico, che si compie in tal caso con favore, ridona all'organismo l'energia. Non mi sono mai sentito così forte come ora che non prendo nulla, dichiarava quel medico di cui ho citato l'esempio. Egli riferiva il confronto al lungo tempo della sua malattia, che durava da 23 anni, e misurava le energie al fabbisogno minimo della vita a letto.

Altra prova della considerevole disintossicazione portata dal digiuno in condizioni analoghe, mi venne da un altro collega, di 68 anni, che durante i primi giorni di ricovero alitava un fetore diffondentesi nella stanza. Col proseguire del digiuno il fetore scomparve. Questo, per quanto potesse essere favorito dal ristagno di sangue versatosi, avrebbe trovato la spiegazione più facile in un cancro: e l'età del malato appoggiava tale interpretazione. Ma esami adeguati e la prolungata sopravvivenza, anzi, il riacquistato benessere, senza operazione, lo esclusero; nè fu possibile diagnosticare l'ulcera, per cui pare giustificata la diagnosi allora posta di gastrite emorragica.

Naturalmente, il benessere dei primi giorni cede poi posto a sensazioni di debolezza, ma questa non turba affatto la prosecuzione del trattamento fino al termine della quindicina.

Dopo quindici giorni di digiuno faccio iniziare la ripresa dell'ingestione, con acqua, in misura di un cucchiaino da caffè: da prima ogni ora, poi ogni mezz'ora, per due giorni; poi passo all'acqua e latte per altri due giorni e poi a latte solo, pure in misura di cucchiaini prima, e poi di cucchiai e di sorsi. Alla quarta settimana di trattamento il malato prende un litro e anche un litro e mezzo di latte al giorno. Durante la terza settimana le perette rettali vengono continuate ma diradate fino ad essere soppresse; e da quando si riprende l'ingestione, la borsa di ghiaccio viene sostituita dalla borsa d'acqua tiepida e poi calda.

A questo modo ho trattato già 8 malati. E, se, fino a questo punto della mia esposizione mi sono limitato a dire come il trattamento sia tollerato bene, ora voglio dire quali vantaggi esso realizzi nei riguardi dell'emorragia e dell'ulcera.

Premetto che non tutti i pazienti erano degli ulcerosi: e ciò mi ha dimostrato che il trattamento ha pure un valore diagnostico.

In 6 degli 8, l'emorragia cessò entro pochi giorni fino a far scomparire la reazione chimica del sangue nelle feci. Di questi 6: 4 erano ulcerosi: 3 controllati alla resezione piloro-gastrica, 1 diagnosticabile facilmente al reperto radiologico e alla chiara storia della lunga malattia; 2 erano dei gastritici: uno controllato pure alla resezione, l'altro diagnosticato dal decorso, come accennai più su.

Negli altri 2 degli 8, l'emissione di sangue tale continuò a lungo.

In uno — una donna di 52 anni — intervenni per tale continuazione di emorragia e trovai che la sorgente di questa non era nello stomaco, ma diffusa su tutto l'intestino ed era costituita da focolai petecchiali, a partire dalla prima ansa del digiuno, giù giù fino a tutto il colon. La diagnosi di ulcera era stata posta, dai medici curanti, specialmente in base a un periodo di dolori gastrici e di ematemesi sofferti alcuni anni avanti, per cui parve allora che l'ulcera fosse certa.

Dopo l'intervento — che si limitò, naturalmente, ad essere esplorativo — fu ripresa la nutrizione orale, e a poco a poco l'emorragia cessò.

L'altra malata, pure donna, di 41 anni, e mandata egualmente con la diagnosi di ulcera, ebbe ematemesi che si ripeterono sotto la nostra osservazione, dopo altre intervenute più volte a casa nello spazio di 15 giorni. Questa malata presentava ancora la reazione chimica del sangue nelle feci al diciottesimo giorno di digiuno, mentre erano cessate le ematemesi. Qui l'operazione era sconsigliabile in ogni momento, per le gravi condizioni generali. Poichè volle ritornare a casa, fu affidata nuovamente al medico di famiglia, il quale riprese a nutrirla per bocca secondo i nostri suggerimenti: cioè nel modo già detto. Ora, l'anamnesi prossima di questa paziente consisteva in ematemesi molto abbondanti, improvvise, senza precedenti dolori, insorte una prima volta 6 anni e mezzo avanti, con 3 ripetizioni in 36 ore, una seconda volta a distanza di due anni dalla prima senza ripetizione immediata, la terza volta dopo quattro anni e più, poco prima di essere ricoverata da noi e con le ripetizioni che abbiamo detto. Di fenomeni dolorosi non accusava che un senso di stiramento alla regione gastrica, insorto con la prima ematemesi e durato allora pochi giorni, ma ricomparso e mantenutosi poi costante con diversa intensità dopo l'ematemesi della seconda volta.

Il decorso che seguì al nostro trattamento mi fu comunicato gentilmente a questo modo dal medico curante: « Circa due mesi dopo l'uscita si è manifestata ascite e, a breve distanza da questa, versamento pleurico bilaterale. L'ascite è stata vuotata ripetutamente arrivando fino a 12 litri in una sola volta. Dei versamenti pleurici: a destra abbondante e sieroso: a sinistra nettamente emorragico. Dopo mesi e mesi i due versamenti pleurici si sono riassorbiti lasciando delle aderenze ed ispessimenti. La ascite persiste invece copiosissima. Durante uno degli svuotamenti, palpando profondamente nella regione epigastrica si è apprezzata la presenza di una massa dura, alquanto più sviluppata verso destra, del volume di circa un pugno. Milza ingrandita. Temperatura: per dei mesi 37,8-38. Attualmente pochi decimi. Niente più emorragia. Digestione buona. Di tanto in tanto lamenta lievi dolori in sede epigastrica ». Il referto è di quasi due anni, cioè 22 mesi, dopo il trattamento.

Stando così le cose, sebbene non siano stati eseguiti gli esami diretti per l'ulcera, perchè la gravità delle condizioni della malata non lo permettevano, la diagnosi che torna più razionale in questo caso è quella di ematemesi da cirrosi epatica.

Certo, non eravamo di fronte al quadro più veritiero dell'ulcera gastrica. Chè, se pure un'ulcera ci fosse stata, il risultato della cura per quanto si riferisce allo stomaco, non potrebbe dirsi infelice.

Dopo ciò, la conclusione che mi sembra di poter trarre dal confronto di questo e del precedente caso con gli altri sei, nei riguardi del valore diagnostico e terapeutico del trattamento che esaminiamo, è questo: in casi di ulcere o di altre *affezioni emorragiche benigne dello stomaco* il digiuno *per os* si è dimostrato capace di arrestare l'emorragia in breve tempo. Dove questo arresto non fu raggiunto, non si trattava nè di ulcera nè di altra affezione intragastrica.

Azione egualmente benefica ed efficace il trattamento ha spiegato sulla lesione anatomica complessiva dell'ulcera. Il desiderio di non perdermi in dettagli a danno del concetto che queste pagine vorrebbero fermare, mi trattiene dal riportare le singole storie; ma non posso tacere il particolare di un caso di

ulcera sanguinante del duodeno, complicata da sintomi di perforazione coperta. La modificazione portata dal trattamento su quest'ulcera fu tale che, poichè all'operazione non apparivano segni palesi di essa, nè sulla parete duodenale nè su quella gastrica, apersi il piloro per esaminare dall'interno, e con tutto ciò non riconobbi l'affezione. Avevo già richiuso il viscere, quando il richiamo della imponenza e della chiarezza della sintomatologia svoltasi sotto i nostri occhi durante il lungo periodo di malattia mi indusse a resecare: e nel pezzo asportato riconobbi i residui dell'ulcera sotto forma di cicatrice lineare nel fondo del solco piloro-duodenale, ricoperta da mucosa d'aspetto normale e riconoscibile soltanto in trasparenza, per la sottigliezza della parete.

Sotto questo punto di vista vorrei permettermi il paradosso: che il trattamento suddetto è tanto benefico all'ulcera, da arrivare all'inconveniente di farne perdere operatoriamente le tracce. Il che non è una novità dopo i molteplici reperti di ulcere apparentemente guarite, se pure non vogliamo dire senz'altro, guarite, che ci vennero forniti da interventi ripetuti.

E sarebbe ancora un inconveniente relativo se alle migliorate condizioni anatomiche dell'ulcera non corrispondessero le condizioni cliniche, per cui il malato si ritiene veramente guarito.

Questo è, senza dubbio, un rimarco che merita considerazione dal punto di vista chirurgico: punto di vista, cioè, della guarigione radicale dell'ulcera.

Nell'ulcera gastrica, come in certe altre malattie, il chirurgo crede di poter guarire i suoi malati asportando l'ulcera con quella parte di stomaco che ne è la causa. Ma questa guarigione non può essere confusa con lo stato di miglioramento portato dalle cure mediche. Mentre la prima è una guarigione reale, la seconda è, di solito, guarigione apparente, analoga a quella che si raggiunge in un'ulcera varicosa o in un'ulcera perforante del piede, mediante il riposo a letto. Cessi il riposo e l'ulcera ricompare. Così per l'ulcera gastrica, almeno fino a quando il mutato equilibrio vegetativo dell'organismo non abbia modificato sostanzialmente le condizioni organico-funzionali dello stomaco.

Ora, sarebbe per lo meno curioso che il suggerimento di un tale beneficio apparente venisse proprio da chi mira invece alla guarigione radicale.

Ma io mi richiamo al titolo della pubblicazione, dal quale risulta che io considero il trattamento in parola soltanto come *mezzo preparatorio* alla cura radicale dell'ulcera. Difatti, dopo 2-3 settimane, al massimo, di ripresa della nutrizione, il malato è ordinariamente, senz'altro sussidio che quello della rigenerazione naturale delle sue energie in condizioni di essere operato: ed io ne profitto per eseguire la resezione piloro-gastrica estesa, che uso abitualmente nella cura dell'ulcera gastrica o duodenale.

Dannoso sarebbe, all'obbiettivo radicale della cura, che il malato o il medico interpretassero il trattamento come fine a sè stesso. E uno dei miei 4 ulcerosi fece appunto così: chè preferì rimandare l'operazione ad altro momento.

Ma sarebbe pure altrettanto inconcepibile che si rinunciasse ai dettami dell'esperienza, solo perchè essi possono essere travisati.

L'esperienza che ho qui esposto ha un contenuto personale, ma collima però con l'esperienza di altri. A parte la tendenza a non operare per sole esigenze dell'emorragia (e se Paterson, *Med. J. a. rec.*, 119, n. 10, 1924, rif. *Policl.*, Pr., 1925 e *Zorg.*, 28, può scrivere di aver veduto fino alla fine del 1922 in tutto 40 casi di emorragie molto gravi, nessuno dei quali ebbe decorso mortale, bisogna convenire che l'emorragia può non essere ragione di intervento) voglio dire che si legge già da più parti questo consiglio di lasciare gli ulcerosi gastrici sanguinanti, nel più assoluto digiuno orale. Paterson fa pure posto alla abolizione completa di ingestione per 4 giorni.

Altro fautore del digiuno nell'emorragia gastrica è Gibbon (*Pennsylvania med. J.*, 32, 242, 1929, *Zorg.*, 46, 576) al quale si associa Hausmann, di Ollentow, dicendo che la assunzione di cibo e anche di medicinali *per os* è da proscriversi incondizionatamente. E Tillmann scriveva nella *Münch. med. W.*, del 1927, n. 3, che nelle ulceri gastriche in emorragia acuta, per almeno 10 giorni, al posto di ogni altro nutrimento si somministri glucosio per via venosa.

Questo modo di concepire il digiuno a scopo terapeutico della emorragia da ulcera è alquanto diverso da quello che seguiva Queirolo per l'ulcera nel suo complesso. Difatti Queirolo completava l'esposizione del metodo di cura che ho riportato sopra, aggiungendo che, mentre sostituiva l'alimentazione gastrica con quella rettale, neutralizzava contemporaneamente con opportune somministrazioni di alcalini l'acidità eccessiva del succo gastrico e detergeva l'ambiente gastro-duodenale con leggeri lassativi.

Io, nella restrizione, sono andato anche più in là dei succitati Autori, i quali, del resto, non sono che degli esempi: probabilmente altri avranno fatto di più ancora. Ma, riferendo il mio modo di procedere, io non ho inteso di dettare delle regole. Ho voluto semplicemente esporre il mio punto di vista su un argomento il quale, sia per la gravità delle conseguenze, sia per la disparità delle opinioni, merita, mi pare, di essere considerato.

Questo mio punto di vista comprende:

1) un'affermazione di principio: l'emorragia da ulcera gastrica o da ulcera duodenale può essere vinta senza bisogno di ricorrere ad altri mezzi che al digiuno orale assoluto;

2) una misura di tecnica: quando questo digiuno sia prolungato per quindici giorni, sono persuaso che la sorgente emorragica abbia raggiunto un grado duraturo, sebbene non definitivo, di riparazione;

3) un programma chirurgico: quando abbia ottenuto questo grado duraturo di emostasi, opero il malato con tutta la radicalità di resezione che reputo necessaria alla cura dell'ulcera dello stomaco o del duodeno: e questa radicalità di intervento è facilitata, non solo dalla scomparsa dell'emorragia, la quale richiede che si provveda ad essa prima che all'ulcera, ma anche dalle miglioratissime condizioni anatomiche dell'ulcera, le quali agevolano di molto le manualità operatorie.

RIASSUNTO.

In casi di ulceri gastriche o duodenali sanguinanti, l'A. considerata l'indeterminatezza dei consigli chirurgici e traendo partito dalla sua esperienza personale, si attiene all'abolizione completa di ingesti per 15 giorni, sopperendo con perette rettali di soluzione acquosa glucosata o di sola acqua e, dopo, reseca ampiamente. Il trattamento preparatorio così inteso ha pure un valore diagnostico. L'A. l'ha impiegato in otto casi.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI MACERATA.

A proposito dell'efficacia curativa del siero antidifterico. Associazione morbosa polmonite crupale-difterite faringea con narcolessia

per il dott. ENRICO JACARELLI,
medico primario.

Le associazioni di entità morbose a decorso abitualmente autonomo offrono un campo di studio oltremodo interessante, non solo a motivo delle reciproche influenze riguardanti la patogenesi, ma sopratutto per le modificazioni che l'associazione può determinare nel quadro clinico proprio a ciascuna delle entità morbose isolate. Tale studio, quindi, appare di grande importanza, non solo dal lato teorico, ma più ancora dal punto di vista pratico, quando si pensi che, se in via ordinaria è buona regola clinica tentare di riportare ad un'unica causa etiologica tutte le manifestazioni morbose notate al letto d'un paziente durante il decorso di una determinata malattia, conclusioni errate e talora esiziali risulterebbero invece frequentemente da una interpretazione troppo assoluta di questa regola. Fa d'uopo perciò tenere presente la *possibilità di associazioni morbose tutte le volte che nel corso di un dato processo nosologico, sicuramente individuato, insorgono manifestazioni che in nessun modo possono riportarsi, al vaglio di un preciso e severo controllo etiopatogenetico, alla primitiva causa morbosa.* Il caso che riportiamo, interessante anche per una eccezionale manifestazione della tossiemia difterica, è una riprova netta di questa possibilità ed un chiaro esempio delle gravi conseguenze che una osservazione troppo semplicistica avrebbe potuto provocare.

Trattasi di un uomo di 37 anni, in undecima giornata di malattia, già da me visitato una settimana prima perchè affetto da *polmonite crupale del lobo inferiore sinistro.* Nell'anamnesi famigliare e personale dell'infanzia non si rilevava nulla d'importante: bisognava giungere all'epoca del suo servizio militare per trovare una *infezione malarica,* contratta dal paziente sul basso Piave nel 1917 e protrattasi poi con non frequenti attacchi febbrili sino al 1921. Da quell'epoca ad oggi non risultavano altre affezioni morbose all'infuori di una *bronco-polmonite* acuta sinistra, seguita da pleurite essudativa, sofferta nel 1924 e guarita senza lasciare postumi apprezzabili. Il malato risultava discreto bevitore e fumatore: negatava affezioni veneree. Dal suo matrimonio contratto nel 1920 con donna apparentemente sana, erano nati due bam-

bini, attualmente viventi e sani: ma la moglie aveva avuto le prime tre gravidanze interrotte, senza cause apprezzabili, al 6°-7° mese da parto prematuro di feto morto, non macerato, e la quarta gravidanza abortiva nel terzo mese.

Il paziente, ammalatosi in pieno benessere con brivido intenso, febbre elevata, tosse e sputo croceo, ai quali fenomeni si era aggiunto poi, al secondo giorno, dolore puntorio all'emitorace sinistro, presentava al 5° giorno di malattia, epoca della mia prima visita, tutti i segni classici di una polmonite lobare alla base dell'emitorace sinistro. La temperatura aveva oscillato nei primi cinque giorni tra 39° e 40°, il polso si era mantenuto nei limiti corrispondenti, l'orinazione era abbondante con scarso reperto patologico (tracce di albumina con qualche raro cilindro granuloso) sicchè dall'andamento delle funzioni organiche più importanti si poteva trarre un giudizio prognostico piuttosto favorevole sull'esito della malattia: solo si notava nel paziente una notevole dispnea e, ad intervalli, uno stato di delirio tranquillo.

Dal punto di vista terapeutico il malato, oltre alla cura sintomatica, era stato trattato con iniezioni giornaliere di *omnadina*.

Verso la fine del 6° giorno era insorto delirio con eccitazione, che era durate tutta la notte: le condizioni generali erano peggiorate, la dispnea si era fatta più intensa, il polso più frequente, mentre la temperatura si era abbassata sotto i 39°.

Data l'abitudine del paziente di respirare a bocca aperta (per un vecchio difetto nasale) la lingua era secca, screpolata; esistevano inoltre i segni di una *stomatite* banale, mantenuta dalle fermentazioni dei residui alimentari. Le condizioni si erano mantenute stazionarie durante il 7° giorno, con febbre piuttosto bassa (38,2-38,5), polso frequente, finchè all'8° giorno, senza che si verificasse una vera crisi, si era notato miglioramento generale e alla base del polmone sinistro si erano riscontrati i segni della risoluzione (diminuzione notevole dell'ipofonesi, comparsa di rantoli in- ed espiratori, ecc.).

Dal 9° giorno, attenuatasi notevolmente la dispnea e scomparsi quasi del tutto i segni della infiltrazione polmonare, si cominciò a notare una spiccata *sonnolenza*, che si mise in relazione coll'insonnia e coll'agitazione dei giorni precedenti; d'altra parte, le condizioni del paziente non apparivano del tutto soddisfacenti, malgrado la scomparsa dei fenomeni respiratori, perchè esisteva febbre che la sera raggiungeva e superava i 38°, il polso era relativamente frequente, la lingua un po' secca, l'orinazione poco abbondante, l'alimentazione scarsa. Il giorno seguente il paziente presentava una *sonnolenza ancora più accentuata*: mentre la febbre si manteneva modica (37,6-38,2), il polso raggiungeva 110, era ineguale, aritmico. Il respiro era calmo, regolare, la tosse scarsa ed appariva specialmente quando il paziente, scosso dal sonno, veniva stimolato ad ingerire qualche alimento liquido.

La sera dell'11° giorno, quando sono chiamato a rivedere il malato, la sonnolenza si è fatta ancora più profonda, tanto che *il paziente dorme in continuazione* con la bocca semiaperta, gli occhi socchiusi, con respiro calmo e regolare. Con vivaci stimoli si riesce a scuoterlo per qualche momento dal suo sonno invincibile. In questi brevi intervalli egli si mostra perfettamente cosciente, risponde bene alle domande, si ricorda abbastanza esattamente, esegue gli ordini, ma lasciato a sè, ricade con grande facilità nel suo sonno, talora col bicchiere in mano o mentre viene esaminato: sotto questo punto di vista, *ricorda perfettamente le condizioni di un malato di encefalite letargica.*

All'esame toracico non si riscontra più alcun segno di infiltrazione polmonare, nè segni di pleurite, sicchè si esclude subito che lo stato febbrile tuttora persistente possa dipendere da una risoluzione ritardata del focolaio pneumonico e tanto meno da altre sequele (formazione di ascesso, ecc.). D'altra parte, le condizioni del polso stanno ad indicare nettamente una alterazione del miocardio: pulsazioni 124 ineguali, aritmiche, a pressione molto bassa. All'esame il cuore non appare che modicamente ingrandito: ma i toni sono sordi ed il ritmo è turbato da extrasistoli, alcune delle quali non giungono al polso. Nessun segno di pericardite. L'addome non presenta nulla di notevole all'infuori di leggero meteorismo: la milza non si palpa, ma il fegato appare leggermente ingrandito. L'orinazione, riferiscono i famigliari, è notevolmente diminuita.

In complesso il paziente presentava una strana sindrome in cui i segni di una tossinfezione che aveva colpito il cuore (miocardite) *si associavano ad uno stato di narcolessia o per meglio dire, di ipersonnia continua, molto accentuato.*

L'esame delle orine, subito sollecitato, ci avrebbe detto se anche il rene, come era da supporsi, fosse stato colpito.

Dal punto di vista neurologico, un esame sommario praticato rapidamente, vincendo con forti stimoli la sonnolenza del paziente, non faceva rilevare elementi importanti: pupille miotiche scarsamente reagenti alla luce, ma nessun segno a carico dell'oculomozione e dei muscoli mimici, nè rigidità della nuca od altri segni meningei. D'altra parte, per quel che riguarda l'ipersonnia, non potevamo più accontentarci, come nei primi giorni dopo la risoluzione del processo pneumonico, della supposizione che il fenomeno fosse da spiegarsi come un compenso dell'insonnia e dell'agitazione del periodo precedente: l'andamento *progressivo* della sonnolenza male si poteva conciliare con questa ipotesi, che avrebbe dovuto comportare, al contrario, un decorso *regressivo*. Doveva pertanto essere entrato in causa un fattore nuovo, capace anche di spiegare l'offesa riportata dal cuore (miocardite), di cui esistevano chiari segni e che difficilmente appariva imputabile all'azione del diplococco, agente patogeno della risolta polmonite.

Nella ricerca di questo fattore, fonte della grave tossinfezione presentata dal paziente, si

rivolge l'attenzione alle fauci per i segni già rilevati di stomatite, per la voce un po' rauca e per una certa difficoltà nel deglutire che avevamo notato mentre il paziente beveva del latte, difficoltà seguita spesso da colpi di tosse, con qualche rigurgito nasale. Vediamo allora, al lume di una candela, *una estesa patina biancastra che copre la superficie dei pilastri, delle tonsille, dell'ugola e le arcate palatine, giungendo molto in alto, ove si arresta con limiti molto netti*: le chiazze sono bene aderenti e non si lasciano asportare con lo strofinìo.

Questo reperto, che aveva tutti i caratteri di un processo difterico del faringe, ci sembrò che costituisse l'indubbia fonte della grave intossicazione presentata dal paziente, bene spiegabile con l'azione elettiva sul cuore e sul sistema nervoso, che si conosce propria della tossina difterica. Ritenemmo quindi che *il paziente fosse in preda ad una tossiemia difterica molto grave, con offesa manifesta del miocardio e del sistema nervoso* ed avesse immediato bisogno di una cura di siero antitossico, senza attendere l'accertamento batteriologico della lesione faringea.

Il decorso giustificò pienamente il nostro concetto diagnostico e le deduzioni terapeutiche; d'altra parte l'esame dell'urina, dimostrando presenza abbondante di albumina e numerosi cilindri granulosi e jalino granulosi, confermò il sospetto di una lesione renale, concomitante all'offesa del miocardio e del sistema nervoso.

30.000 U. I. di siero iniettate nella notte provocarono caduta rapida della temperatura (che fu definitiva) ed *inizio del distacco delle pseudomembrane che dopo 24 ore (40.000 U. I.) era quasi completo*: contemporaneamente migliorarono le condizioni generali, si attenuò notevolmente la narcolessia, le pulsazioni scesero a 106, mantenendo però il ritmo irregolare, l'urinazione aumentò. Il miglioramento fu così rapido ed evidente che, all'infuori di ogni altra considerazione, sarebbe stato più che sufficiente a confermare la diagnosi di difterite, accertata d'altra parte anche con l'esame batteriologico dell'essudato faringeo (presenza di bacilli di Löffler).

Il decorso ulteriore della malattia in Ospedale, ove il paziente era stato prontamente ricoverato, fu caratterizzato dalla graduale scomparsa dell'ipersonnia, dal miglioramento abbastanza rapido del reperto urinario, dalla persistenza invece dei disturbi del ritmo cardiaco. In complesso furono al paziente iniettate 52.000 U. I. di siero, 40.000 nel primo giorno, 12.000 nel secondo e terzo giorno, somministrando nello stesso tempo tonici cardiaci e vasali (canfora, strofanto, paraganglina). I persistenti disturbi del cuore, accompagnati anche da una ipotensione arteriosa che alla misurazione non appariva trascurabile (Mx = 110 — Mn = 70 — (Pachon), erano caratterizzati da una estrema variabilità del ritmo: da 90-80 pulsazioni si passava a 60-50, a periodi di regolarità seguivano extrasistoli isolate, talora extrasistoli ripetute con polso bigemino; spesso si notava una bradisfigmia extrasistolica, talora una bradicardia vera. Infine gradualmente nel periodo di circa 4 settimane, ritmo cardiaco, pressione arteriosa e condizioni generali ritornarono normali.

***

Quanto abbiamo esposto sulla complessa forma morbosa del nostro malato si presta ad intuitive conclusioni dal punto di vista pratico e ad alcune considerazioni di indole generale.

Che processi flogistici polmonari si accompagnino spesso con la difterite è di comune conoscenza: sono molto frequenti le *broncopolmoniti* che conducono a morte i difterici lattanti e della prima infanzia. In questi casi però si tratta di *complicazioni*, favorite nel loro insorgere dal processo difterico, specialmente laringeo (o secondarie alla intubazione) e dovute, per la gran maggioranza, ad infezioni secondarie che *seguono il primitivo processo difterico*, essendo noto che il bacillo di Löffler e la sua tossina esercitano, sia negli animali da esperimento che nell'uomo, una evidentissima azione disponente verso le infezioni da streptococco e da diplococco di Fränkel (Mya). Nel nostro caso, invece, il processo pneumonico ha *preceduto* il processo difterico ed anche nella fisionomia anatomo-clinica non ha nulla a che vedere con le forme che comunemente complicano la difterite dell'infanzia. Si trattava insomma di una *polmonite crupale franca*, come è dimostrato dall'inizio, dal decorso e dalla risoluzione, *prima fase della complessa forma morbosa sofferta dal nostro malato*. Se noi volessimo indagare circa eventuali influenze del processo difterico, insorto secondariamente, sull'andamento di questa polmonite diplococcica, dovremmo cominciare con lo stabilire, intanto, la data precisa in cui entrò in iscena il secondo fattore. Non è facile rispondere con esattezza a questo quesito.

Da quanto abbiamo esposto si può rilevare che nelle linee generali la polmonite, dal punto di vista semeiologico, presentò un decorso

a caratteri normali, compresa la risoluzione rapida. Solo non si ebbe, come di norma, una caduta della temperatura, che persistette dopo la comparsa dei segni fisici della risoluzione, come era mancata una elevazione nei giorni che immediatamente la precedettero: deve anzi notarsi che la temperatura, nei due giorni che precedettero la risoluzione, si mantenne sotto a 39°, mentre nei primi giorni aveva raggiunto e superato i 40°. Ciò induce a ritenere che, con ogni probabilità, il processo difterico si era già iniziato nei due giorni che precedettero la crisi della polmonite franca, influendo sulla curva febbrile di questa, ed abbia poi mascherato il processo di risoluzione, che suole coincidere con la caduta della temperatura.

Solo nel periodo precritico e critico il processo polmonare avrebbe subìto influenze, limitate al decorso della temperatura, per l'interferenza del processo difterico. Molto più importanti appaiono invece le influenze della polmonite sulla patogenesi del processo difterico.

Deve premettersi che nel periodo antecedente alla malattia del nostro paziente nè erano occorsi casi di difterite più frequenti del solito, nè il paziente aveva avuto occasione di esporsi al contagio. *Con ogni verosimiglianza egli doveva essere dunque un portatore sano di bacilli difterici.* La grave malattia polmonare può avere influito in due modi sull'insorgenza del processo difterico: 1) col diminuire le resistenze generali del malato ed i poteri difensivi dell'organismo, come talora accade per altri processi morbosi (scarlattina, morbillo); 2) col favorire l'insorgenza nel faringe di un processo di congestione e di flogosi da germi banali, più che sufficiente per provocare la virulentazione e l'attecchimento dei bacilli difterici, ivi vegetanti come ospiti sino allora innocui.

Nel nostro malato tali condizioni si verificarono senza alcun dubbio perchè, come risulta dal decorso riferito, per la abitudine di respirare abitualmente con la bocca, e per la scarsa nettezza praticata, una stomatite si era costituita sin dai primi giorni della malattia. Si comprende quindi facilmente come i bacilli difterici, sino allora ospiti innocui, abbiano trovato le condizioni opportune per acquistare notevole virulenza e le minime lesioni della mucosa necessarie all'attecchimento.

Il processo di difterite faringea, mascherato alla sua insorgenza dall'affezione polmonare, aveva iniziato, diciamo così, vita autonoma solo con la risoluzione di questa. Abbiamo notato come apparisse un po' strano lo stato del paziente all'8° e 9° giorno di malattia. Mentre persisteva una febbre modica con spiccata tendenza al sonno e polso ancora frequente, quale non suole osservarsi in genere dopo la risoluzione di un processo polmonare franco, l'esame del torace non faceva rilevare nessun elemento capace di spiegare le condizioni del malato. Al momento del mio esame, mentre la temperatura si manteneva poco elevata, i disturbi evidenti a carico del cuore a tipo miocarditico, l'ipersonnia accentuatissima, la diminuzione della orinazione facevano pensare ad una grave tossinfezione, ma invano, come si è detto, se ne sarebbe cercata la causa all'esame del torace e degli altri organi interni. Il processo difterico, rilevato infine all'esame del faringe, ci apparve come il fattore etiologico capace di spiegare adeguatamente la complessa sintomatologia presentata dal paziente. Tuttavia, mentre sono di frequente osservazione le alterazioni renali e miocarditiche prodotte dalla tossina difterica, non sono in genere descritti i disturbi prodotti sul ritmo normale del sonno, benchè sia notorio l'accentuato tropismo (Caponali, Plauner, Poteschíng, Connio, ecc.) che la tossina del bacillo di Löffler possiede verso il sistema nervoso centrale e periferico. D'altra parte ci sembra superfluo, dopo quanto abbiamo già detto, discutere sul significato da attribuirsi a questo disturbo, il quale per la sua fisionomia ben netta non poteva essere confuso col sopore o con altri stati d'incoscienza di origine tossica, che non hanno, come il sonno, la caratteristica della reversibilità e del pronto ritorno della coscienza.

Non è nostra intenzione esporre qui le moderne concezioni sulla genesi del sonno, molto interessanti senza dubbio, ma ancora mal definite, nonostante gl'importanti contributi apparsi negli ultimi 15 anni, specie per opera di V. Economo: l'argomento è troppo importante perchè si possa darne, sia pure per sommi capi, un cenno completo. Vogliamo solo ricordare come sia ormai dalla maggioranza degli AA. ammessa l'esistenza di un centro regolatore del ritmo del sonno, localizzato nella sostanza grigia che circonda il terzo ventricolo e specialmente nella calotta del mesencefalo al suo passaggio nel diencefalo (V. Economo) e come tale concetto sia convalidato da ricerche anatomo-cliniche e da prove sperimentali (Hess di Zurigo). È anche importante notare come V. Economo abbia sostenuto essere l'ipersonnia dell'encefalite letargica legata non tanto alla particolare proprietà del virus encefalitico, quanto alla zona nella qua-

le si localizza con maggiore intensità il processo morboso, come verrebbe dimostrato dalla circostanza che altri processi, (rammollimenti, emorragie, tumori) purchè localizzati nella stessa zona, producono egualmente disturbi del sonno (ipersonnia, dissociazione-inversione del sonno-insonnia). Al qual proposito possiamo aggiungere un nostro caso molto dimostrativo: in un malato di endocardite maligna lenta, in cui era insorta una tipica ipersonnia continua con paralisi oculari a tipo nucleare, quadro perfettamente identico a quello di una classica encefalite letargica oftalmoplegica, furono trovate lesioni istologiche evidenti del mesencefalo, interpretate da Dionisi come secondarie a piccole embolie.

Dopo queste premesse si può supporre che anche la tossina difterica sia capace di provocare una disfunzione di questo centro, agendo elettivamente sopra di esso, nello stesso modo come in altri casi attacca a preferenza altre parti del sistema nervoso centrale o periferico.

Per quel che riguarda il problema curativo, da quanto abbiamo riferito risulta evidente che *tutti i segni generali e locali dell'infezione difterica subirono nelle 24 ore seguenti alla sieroterapia massiva prontamente istituita un indiscutibile e rapido miglioramento*: scomparsa quasi immediata della febbre, miglioramento notevole del polso, attenuazione della ipersonnia, distacco quasi completo delle pseudo-membrane superficiali (crupose), parziale delle più profonde (difteriche), miglioramento dello stato generale. Persistettero, come abbiamo riferito, disturbi del ritmo cardiaco per alcune settimane e l'ipotensione arteriosa, segni non dubbi della grave offesa subìta dal miocardio e dalle surrenali. *Questi elementi stanno a dimostrare la gravità della tossiemia difterica, quale non è oggi evenienza comune di osservare e la evidente efficacia della sieroterapia antitossica.*

Come è noto, da qualche tempo in Germania e recentemente anche in Italia da Pontano, non solo è stata messa in discussione l'efficacia della sieroterapia antidifterica, ma si è giunti a *negarne recisamente*, a malattia costituita, *ogni valore curativo sulla tossiemia, sulle lesioni locali, sulle complicazioni.*

Tale affermazione, per quanto appaia documentata da prove sperimentali e da indagini statistiche e fondata sopra una massa imponente di osservazioni cliniche, non potrà, come del resto l'A. prevedeva, trovare facilmente consenziente l'opinione del pubblico medico. Non intendiamo, beninteso, di poter trarre delle conclusioni dall'osservazione di un caso: tuttavia a chi voglia ben considerare quanto abbiamo esposto, apparirà chiaro che il *nostro* caso può permetterci qualche deduzione, rappresentando esso, evenienza oggi molto rara, *una forma di tossiemia difterica pura* (senza complicazioni d'altra natura) *grave e progressiva, tale insomma da acquistare quasi un valore sperimentale in soggetto umano.* Si deve ricordare che l'infezione erasi certamente iniziata da più di tre giorni e che, oltre alle manifestazioni faringee quasi inavvertite, il nostro paziente presentava tutti i segni di una compromissione d'origine tossica del cuore, del rene, delle surrenali e del sistema nervoso, il che fa escludere il nostro dal novero di quei *casi di difterite faringea lieve i quali* (e qui tutti son d'accordo) *guariscono col siero e senza siero.* D'altra parte il decorso progressivo della tossiemia difterica, oltre che i segni della compromissione degli organi e sistemi più importanti, stava a dimostrare che *non esisteva una sufficiente resistenza naturale* dell'organismo di fronte alla tossiemia dilagante. Ecco perchè il nostro caso deve ritenersi importante. Orbene la sieroterapia in questo caso puro, non complicato, di grave e progressiva tossiemia difterica ha dimostrato un'efficacia curativa tanto spiccata, che nessuno potrebbe discuterla senza essere accusato di voler negare l'evidenza dei fatti clinici, i quali non hanno valore inferiore ai fatti sperimentali. Le persistenza dei disturbi cardiaci è una prova di più della gravità della tossinfezione così rapidamente dominata dal siero antitossico. Pensare che il ritardo di 24 ore nell'inizio della sieroterapia avrebbe permesso un danno forse irreparabile, ribelle all'azione curativa del siero, non è affatto conclusione arbitraria ed appare anzi giustificato dal decorso della malattia.

Conveniamo che il siero sia impotente a combattere una tossiemia conclamata quando, beninteso, la tossina fissata nei tessuti ed organi abbia raggiunto e superato la dose mortale, perchè, secondo l'immagine di M. Roux, il siero agisce come l'acqua in un incendio, impedisce cioè l'estensione del danno, ma anche versata a torrenti non è capace di riparare i guasti già avvenuti. Ma — *questo è il punto* — quali mezzi abbiamo noi per valutare lo stato delle lesioni già prodotte nei tessuti, per accertare praticamente che la tossiemia ha già raggiunto un grado tale da provocare nei tessuti danni irreparabili? Finchè ciò non sarà possibile (e non appare attualmente possibile), astenersi dall'intervenire con la siero-

terapia in casi d'infezione difterica può condurre, come avrebbe, a mio avviso, condotto nel nostro caso, a perdere dei malati che si sarebbero invece potuti salvare.

Con questo non si vuole certo affermare che il problema terapeutico della difterite si possa riportare semplicemente alla sieroterapia, così come oggi è praticata. Qualsiasi medico che abbia esperienza anche modesta in proposito, converrà con Pontano: 1) che i casi semplici di difterite faringea, senza grave tossiemia, guariscono col siero e senza siero; 2) che le attuali forme stenosanti del laringe si mostrano spesso ribelli (specie nel primo anno di vita) alla sieroterapia e che l'alta mortalità in questi casi, più che alla tossiemia, è dovuta al fattore asfittico e alle complicazioni bronco-polmonari; 3) che la sieroterapia, anche a dosi enormi, è inefficace a combattere la tossiemia, quando la tossina già fissata nei tessuti, abbia provocato in essi danni irreparabili.

Ma la conclusione che *in pratica* la sieroterapia antidifterica sia comunque inefficace, formulata in base alle esperienze sugli animali che mostrano l'inutilità della sieroterapia a partire dalla decima-dodicesima ora dall'infezione, non appare provata, giacchè l'esperienza clinica, come si rileva anche dal nostro caso, dimostra che tali esperimenti non possono riportarsi senza riserve alla difterite umana, ed anche perchè di fronte ad un malato che presenti segni dell'infezione difterica gli elementi per stabilire la data dell'infezione sono sempre approssimativi e più approssimativi ancora sono gli elementi per stabilire se la dose di tossina fissata dai tessuti sia già mortale o meno. Solo dopo tale accertamento, se fosse possibile, sarebbe, a mio giudizio, giustificata una astensione dall'intervenire con la sieroterapia. La quale, se nelle recenti recrudescenze della malattia, dovute alle oscillazioni periodiche della sua virulenza (A. B. Marfan, De Rudder, Bokay) non ha potuto impedire percentuali ancora molto elevate di mortalità, non dovrebbe tuttavia essere nè completamente svalutata nè incolpata di aver mancato alle primitive promesse, anche se la risoluzione del problema della difterite si va orientando oggi verso la prevenzione, verso l'immunizzazione attiva, in base alla costatazione che una piccola quantità di antitossina presente nel siero umano al momento dell'infezione, oppone una barriera molto valida all'invasione della tossina, mentre dosi colossali di siero non sono capaci di neutralizzare il veleno già fissato dai tessuti.

Da quanto abbiamo esposto ci sembra quindi di poter trarre le seguenti conclusioni:

1) i bacilli difterici innocui di un portatore sano possono, in seguito ad altro processo morboso che indebolisca le resistenze generali e locali del soggetto (scarlattina, morbillo, *anche polmonite*) virulentarsi e provocare l'insorgenza di una difterite faringea con tossiemia anche molto grave;

2) la tossiemia difterica può provocare, oltre alla comune sintomatologia, una ipersonnia continua del tipo dell'encefalite letargica;

3) *la sieroterapia antitossica*, adoperata a dosi massive, *può aver ragione rapidamente*, anche dopo qualche giorno dall'inizio dell'infezione, di *una grave tossiemia difterica*, dimostrando la evidente e piena efficacia di un tale metodo di cura, *a patto naturalmente che la tossina difterica fissata nei tessuti non abbia già prodotto danni irreparabili e mortali.*

RIASSUNTO.

L'A. ha avuto occasione di osservare un caso di polmonite crupale complicato, nel periodo di risoluzione, da una gravissima tossiemia difterica d'origine faringea, decorrente, oltre ai segni di miocardite, nefrite, insufficenza surrenale, con uno stato di ipersonnia continua, del tipo dell'encefalite letargica. Dopo avere esaminato i rapporti dell'associazione morbosa, l'A. fa alcune considerazioni sulla patogenesi della ipersonnia, eccezionale manifestazione della tossiemia difterica e sul valore della sieroterapia antitossica che, nel caso specifico, adoperata in dose massiva, dimostrò sulla grave sindrome una rapida efficacia curativa.

BIBLIOGRAFIA.

O. BALDUZZI. Accademia Medica, 1930, n. 1.

BOKAY. Annales de Médecine, maggio 1931.

C. V. ECONOMO. *Centro nervoso per la regolazione del sonno.* Giorn. di Clin. Med., 1931, n. 9.

J. LHERMITTE et TOURNAY. *Le sommeil normal et pathologique.* Rapp. all'8ª Riunione Neurologica internaz. (Parigi, giugno 1927).

A. LUSTIG. *Malattie infettive dell'uomo e degli animali.* Vol. I. F. Vallardi, 1922, Milano.

A. B. MARFAN. *Le nourisson* XIX, n. 6, pag. 351, 1931.

DE RUDDER. Münch. Mediz. Wochen, 1931, n. 30.

T. PONTANO. *Dati sperimentali e clinici sul valore profilattico e curativo del siero antidifterico.* Policl., Sez. Med., 1931, n. 10.

G. RAMON et R. DEBRÈ. *Sérum et sérothérapie antidiphtérique.* Annales de Médecine, t. XXX, n. 5, mai 1931.

G. RAMON et DEBRÈ. *Sur la sérothérapie antidipthérique.* Journ. Médical Français, t. XX, n. 12, déc. 1931.

A. SALMON. *La fisiopatologia del sonno.* L. Cappelli, Bologna, 1930.

H. SCHABER. Münch. Med. Wochen, 1931, n. 30.

RARIORA ARTIS.

Ospedale Maggiore di Bologna - I Sezione Chirurgica.
Prof. U. D. CALABRESE.

Su di un caso di lipoma del canale inguinale simulante un'ernia diretta

per il dott. GIUSEPPE MUZZARELLI, assistente.

La frequenza con cui si sviluppa il lipoma nelle varie parti del corpo è stata diversamente valutata dagli AA.; e mentre tutti sono concordi nel ritenere che la sede di predilezione sia il tessuto connettivo sottocutaneo della nuca e del dorso, gli accordi non si trovano più quando si tratta di stabilire la frequenza nelle altre parti del corpo.

Tale fatto che può avere un valore relativo se il lipoma trae la sua origine dai tessuti superficiali, viene ad acquistare un grande interesse se si sviluppa dai tessuti profondi, come ad es., dal grasso properitoneale. E ciò, perchè la neoformazione con il suo progressivo aumento di volume, se ha sede in speciali regioni, può favorire lo sviluppo di affezioni molto frequenti o simulare queste stesse affezioni e venire con esse scambiato (ernie).

Un fatto è stabilito; la relativa frequenza del lipoma del canale crurale; il lipoma del canale inguinale al contrario è così raro che in tutta la letteratura se ne conosce un solo caso descritto da Forsyth nel 1911.

OSSERVAZIONE CLINICA. — G. S., di anni 46, agente investigativo, da Terranova.

Anamnesi: Il padre morì in tarda età di emorragia cerebrale, la madre morì, pure in età avanzata, pare di un cancro della nuca.

L'infermo, nato a termine da parto fisiologico ed allevato al seno materno, a 12 anni soffrì di malaria che gli venne curata ripetutamente, e guarì senza postumi.

A 21 anni si contagiò di blenorragia che curò, finchè non si ritenne guarito.

Nel 1918 superò una forma influenzale molto grave, che lo tenne obbligato al letto per una ventina di giorni.

Dieci anni or sono si sposò con una donna apparentemente sana, che ha sempre goduto buona salute e che non ha avuto figli.

L'attuale affezione risale a circa 3 anni fa. L'infermo dice in seguito ad una caduta, ma però solo dopo circa 3 mesi da questa, si accorse della comparsa di una intumescenza del volume di circa una noce, alla regione inguinale sinistra.

Tale intumescenza andò, in seguito, lentamente aumentando di volume fino a raggiungere la grossezza attuale di circa un uovo di tacchina. La tumefazione in parola scompare nella posizione orizzontale per poi ripresentarsi nella stazione eretta; è causa di qualche dolore e di senso di stiramento se l'infermo è obbligato a stare a lungo in piedi.

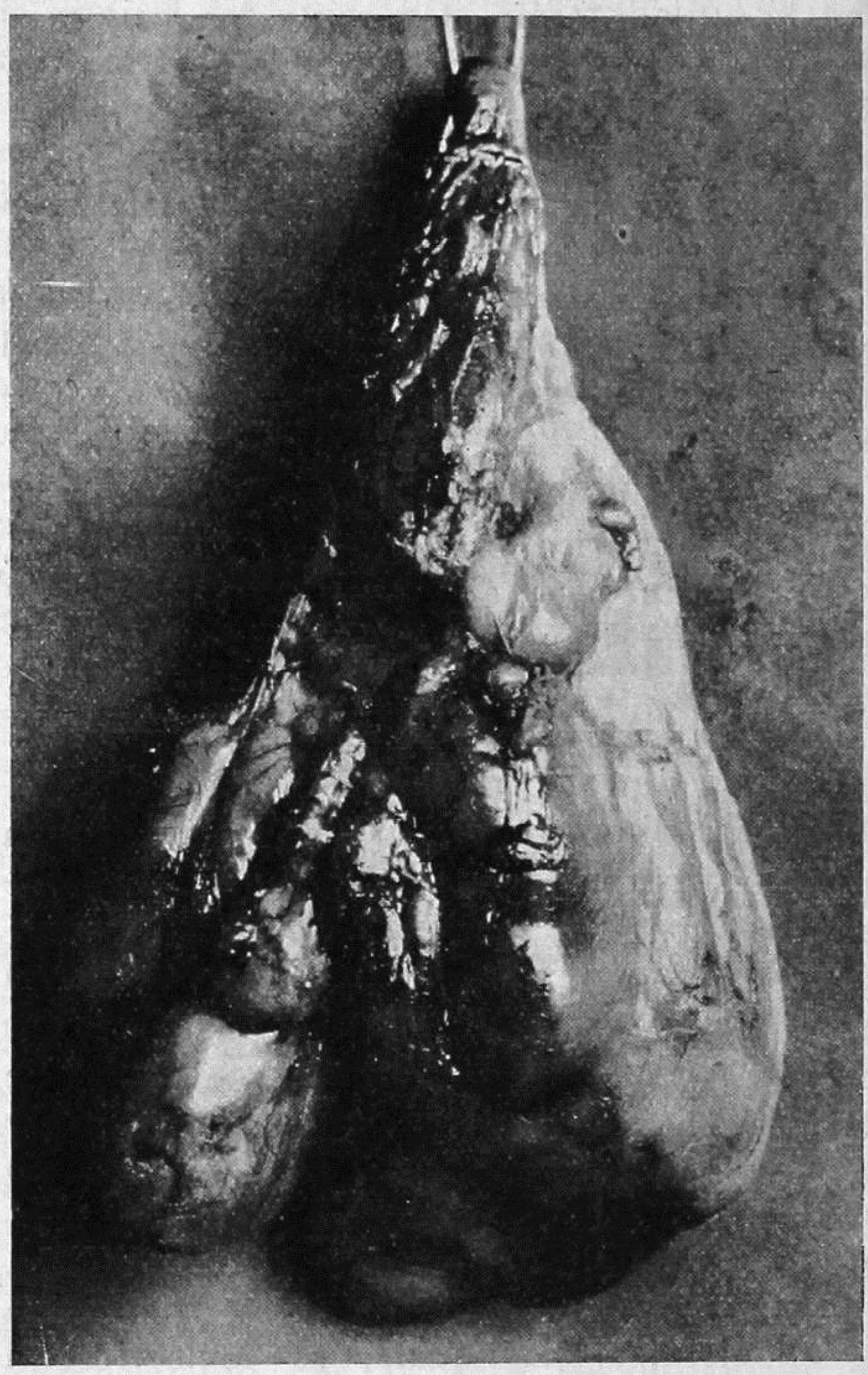
Fattosi visitare da più sanitari, questi furono sempre tutti concordi nel dire che si trattava di un'ernia.

L'infermo, da circa due anni, tiene ridotta l'intumescenza con un cinto erniario.

Nega la lue. Non è bevitore, è buon mangiatore e modico fumatore. Alvo regolare, minzione normale.

Esame obbiettivo: Soggetto di costituzione scheletrica regolare, stato di nutrizione ottimo, pannicolo adiposo molto sviluppato. Non si palpano ghiandole ingrossate nelle sedi abituali.

Nulla alla testa. Colorito del viso roseo con lieve tinta cianotica. Dentatura guasta. Lingua detersa e umida. Fauci libere. Collo corto. Torace



quadrato, simmetrico, con espansioni normali in ambo i lati. Nulla si nota alla percussione; all'ascoltazione, a sinistra, posteriormente, in vicinanza della punta della scapola, si avvertono dei sibili in- ed ispiratori.

Addome globoso, con abbondante tessuto connettivo sottocutaneo, ben trattabile e indolente su tutti i quadranti. Non si palpano gli organi ipocondriaci.

A metà circa della regione inguinale sinistra, si nota una intumescenza del volume di circa un uovo di tacchina, di forma rotondeggiante, di consistenza molle-elastica, indolente e facilmente riducibile, sia nella stazione eretta che in quella orizzontale. Tenendo l'intumescenza ridotta e invitando l'infermo a tossire, si avverte, sul dito che palpa, la sensazione di un urto. L'intumescenza stessa alla percussione dà suono ottuso.

Nulla si riscontra agli arti superiori ed inferiori. Psiche integra. Sistema nervoso normale.
Esame delle urine: negativo.
Diagnosi: Ernia inguinale diretta sinistra, completamente riducibile, a contenuto epiploico.
Intervento operatorio:
Anestesia locale con una soluzione di tutocaina all'1 %.
Incisione inguinale obliqua a strati fino alla apertura del canale inguinale. Il funicolo spermatico è normale. Non si rinvengono sacchi erniari. Incisa la trasversalis che protrude leggermente si esteriorizza un grosso lipoma molto lobulato (vedi figura) che per un sottile peduncolo aderisce al peritoneo. Non segni di ernia diretta; però la parete posteriore del canale inguinale è assai lassa ed è quasi scavata a guisa di doccia entro la quale si adagia il tumore. Asportato il lipoma si ricostruiscono i piani con una plastica secondo il metodo di Bassini-Postempski. Guarigione per primam.
All'esame istologico del pezzo si conferma la diagnosi di lipoma. L'infermo viene dimesso guarito dopo 9 giorni dall'intervento.

La diagnosi giusta, nel presente caso, non era stata possibile, trovandoci in presenza ad una massa a lento sviluppo, ubicata nella sede propria delle ernie e per la quale, a detta dell'infermo, non mancava neppure lo sforzo come causa occasionale, nè mancava la completa riducibilità come sintomo importantissimo.

La percussione, che dava ottusità sulla intumescenza, non poteva fare pensare ad un'altra affezione che non fosse un'ernia, perchè bastava pensare che il sacco fosse a contenuto epiploico per spiegarla; e questo fatto era confermato dalla mancanza del gorgoglio che è un sintoma patognomonico delle ernie con sacco a contenuto intestinale.

Posta, quindi, la diagnosi di ernia diretta, rimanemmo sorpresi nel trovarci di fronte ad un lipoma, e cercammo di darci spiegazione sia dello sviluppo del lipoma stesso e sia anche della sintomatologia che ci aveva tratti in errore.

1) Ci trovavamo in presenza di un individuo con tendenza alla obesità, nel quale come sarebbe stato facile lo sviluppo di un lipoma nelle sedi abituali di queste neoformazioni (nuca, dorso, ecc.), così per un'anomalia di sede era avvenuto nel grasso properitoneale.

2) Lo sviluppo lento e progressivo dell'affezione doveva essere stato favorito dalle lievi e ripetute irritazioni apportate sulla massa dal cinto erniario.

3) I dolori che l'infermo accusava, dopo esser stato a lungo in piedi, erano in gran parte causati dal cinto erniario che manteneva ridotto il lipoma e di conseguenza comprimeva il funicolo.

4) La compressione lenta e continua del cinto aveva contribuito al formarsi di una loggia fra il peritoneo e la fascia trasversalis che simulava la riducibilità della massa e ci dava spiegazione dell'errore diagnostico.

La rarità del lipoma del canale inguinale, unitamente alla sintomatologia presentata dal nostro caso, tipica per le ernie dirette, rende l'osservazione particolarmente interessante, perchè ci dimostra come anche un'affezione tanto comune con una sintomatologia tanto netta, possa essere simulata da un'altra affezione che, pur essendo rara, deve sempre essere tenuta presente nella diagnosi differenziale.

RIASSUNTO.

L'A., descrive un rarissimo caso di lipoma del canale inguinale, (il secondo in tutta la letteratura) il quale, sia per l'anamnesi che per la sintomatologia presentata, simulava un'ernia inguinale diretta.

BIBLIOGRAFIA.

Forsyth-c, *Lipoma from the inguinal canal.* West London, M. J. London, 1911, XVI, 130.

SUNTI E RASSEGNE.

MALATTIE INFETTIVE.

Le forme lente dell'infezione meningococcica.

(H. Roger e Y. Poursines. *Presse méd.* n. 5, 1932, pag. 81).

Abitualmente l'infezione meningococcica ha un'evoluzione molto acuta, e precisamente:

acutissima in certe setticemie di tipo purpurico, che conducono a morte in meno di 24 ore;

acuta nella setticemia di tipo tifoideo, che non dura più di qualche giorno, e nella forma più comune, la meningite cerebro-spinale, che di solito ha termine in 10-15 giorni;

subacuta nella setticemia primitiva con complicazioni metastatiche, nella setticemia secondaria a una meningite cerebro-spinale, e soprattutto nella setticemia a forma pseudomalarica, che generalmente evolve in 6-8 settimane;

in più vanno sotto il nome di forme prolungate della meningite cerebro-spinale quei casi che, in seguito a una complicazione ventricolare o per altra causa, durano al massimo due mesi.

Accanto a queste forme a decorso acuto, per così dire classico, esistono casi in cui la infezione ha un andamento lento, un modo d'evoluzione quasi cronico. La durata della

malattia va da *tre mesi* a un anno e più. Sono le cosiddette *forme lente* dell'infezione meningococcica. Gli AA. ne distinguono due gruppi:

1) *Meningiti cerebro-spinali a decorso lento*, coi due sottogruppi: *forma a ricadute*, *forma cachettizzante;*

2) *Setticemie meningococciche a decorso lento del tipo pseudo-malarico* (durata superiore a *3 mesi*: carattere differenziale nei riguardi della forma pseudo-malarica a decorso subacuto sopra descritta).

I. *Meningiti cerebro-spinali a decorso lento*: osservate soprattutto nei fanciulli, per la maggior parte casi osservati anteriormente alla applicazione della sieroterapia o casi trattati insufficientemente.

A) *Forma a ricadute di Bertrand.*

La malattia s'instaura coi segni di una meningite cerebro-spinale (febbre preceduta o non da eruzione, cefalea, vomiti, rigidità della nuca, Kernig); dopo una diecina di giorni la sintomatologia regredisce, si ha un netto miglioramento, che fa sperare prossima la convalescenza. Improvvisamente si manifesta un episodio nuovo caratterizzato da ripresa della temperatura, della cefalea, ricomparsa dei segni meningei clinici e biologici. A questo episodio fa seguito una nuova remissione, interrotta a sua volta da una successiva esacerbazione; e il numero e la gravità di queste sono variabili. La durata totale della malattia sorpassa i tre mesi. Fra un episodio e l'altro, nei periodi di calma, è dato però rilevare un insieme di sintomi che denotano una certa attività del processo morboso: irregolarità del polso, leggera rigidità della nuca, elevazioni termiche fugaci, eritemi. Nel liquido cefalorachidiano contemporaneamente spesso è presente una leggera reazione isto-chimica significativa.

La prognosi è generalmente favorevole, talvolta però possono avverarsi sequele a carico degli organi dei sensi, come sordità, amaurosi, che pesano naturalmente sul giudizio prognostico.

Forma a ricadute tardive di Netter: allorquando l'intervallo fra due esacerbazioni raggiunge e sorpassa un mese. Se l'intervallo poi è di più mesi fino a un anno, si deve parlare di recidiva. In questa forma l'esame sistematico in periodo di calma non lascia scorgere alcun segno a carico delle meningi: lo stato di salute è perfetto. Quanto all'evoluzione nel tempo non c'è differenza con la forma sopra descritta, a ricadute precoci; è peculiare di questa forma un carattere di maggior benignità.

B) *Forma cronica cachettizzante di Debré*: caratterizzata dal ripetersi d'episodî acuti in corso d'uno stato meningeo cronico. L'inizio ha un andamento rapido e violento come quello della meningite acuta e l'esacerbazioni successive hanno intensità pari o anche superiore a quella iniziale. Questi episodî, caratterizzati dalla comparsa di tutti i segni classici di meningite (elevazione termica, Kernig, vomito, alterazioni pupillari), hanno durata breve (5-6 giorni fino a 12). Nei periodi intervallari persiste in generale rigidità della nuca e della colonna vertebrale, il cammino è difficile, l'intelligenza non si risveglia. Il malato diviene sempre più adinamico e cachettico, a misura che si ripetono gli episodî acuti. La morte sopravviene di rado durante un'esacerbazione, ma piuttosto è da porsi in relazione col marasma e l'ipotermia conseguenti. Ciò che caratterizza questa forma e la differenzia dalla meningite a ricadute sono i *segni intercalari*, che appaiono negli intervalli fra gli episodi evolutivi, segni che possono distinguersi in cardinali e secondarî. Fra i primi: *disturbi trofici*, quali il dimagrimento estremo e l'atrofia muscolare, le alterazioni della cute, che diviene secca, rugosa, scagliosa, che si copre d'eruzioni diverse, di escare, complicate facilmente da linfangite e flemmoni a largo scollamento; *disturbi psichici*, consistenti in stupore intellettuale, che giunge talvolta fino alla confusione mentale, talvolta meno accentuati, a tipo di torpore intellettuale, raramente accompagnantisi a manifestazioni di delirio tranquillo, con borbottamento intermittente di parole incoerenti; *disturbi sfinterici* con incontinenza permanente di feci e di orine (in relazione causale con lo stato psichico, secondo la maggior parte degli AA., oppure, almeno in certi casi, con lesioni del midollo o della coda equina).

Fra i segni secondarî, a carico del sistema nervoso centrale: contrattura in flessione delle membra, movimenti lenti e impacciati, tremori segmentarî o generalizzati, sprazzi di coreo-atetosi a carico degli arti superiori; i riflessi tendinei sono piuttosto diminuiti, il segno di Babinski raramente presente. Talora disturbi sensoriali gravi (cecità e sordità), più frequenti in questa che nelle altre forme di meningite cerebro-spinale, e che valgono a distinguere una forma clinica a sè stante: forma con complicazioni sensoriali (accanto ad altre, distinte, a seconda del sintoma dominante, in: forme con contrattura, con convulsioni, con paralisi).

La durata totale è molto lunga: fino a 6-10 mesi.

Esito abitualmente letale (qualche raro caso con esito in guarigione).

Dal punto di vista della *patogenesi* è d'uopo fondarsi sul reperto anatomico. L'esistenza di sepimentazioni meningee per aderenze meningo-corticali, la formazione di piccoli ascessi incistati, più specialmente a livello della base, danno ragione dei numerosi sintomi motorî o sensitivi e degli episodî di reinfezione proprî della meningite cerebro-

spinale a ricadute. Pure frequenti sono le dilatazioni dei ventricoli per occlusione dei forami di Monro o dell'acquedotto di Silvio: idro- o pio-cefalo, ependimite sierosa o suppurata.

In relazione con questa ventriculite sono i sintomi clinici principali della meningite cachetizzante: cachessia, torpore fisico e intellettuale, disturbi sfinterici.

La diagnosi differenziale, specialmente con la meningite cerebro-spinale a ricadute, non è facile: vero è che questa il più spesso è caratterizzata dall'integrità quasi completa delle diverse funzioni nervose negli intervalli fra le ricadute, mentre la forma cachettizzante ha per caratteristica appunto la presenza di una sindrome intercalare fra gli episodi evolutivi, ma fra le due forme esistono molti gradi di passaggio. L'esame del liquido cefalo-rachidiano può dare degli elementi importanti ai fini della diagnosi differenziale: nella meningite cerebro-spinale a ricadute ad ogni ripresa febbrile corrisponde un aumento del numero dei meningococchi; nel caso della meningo-ependimite saccata assistiamo per così dire a una dissociazione fra le reazioni del liquido cefalo-rachidiano, prelevato per via lombare, e l'andamento clinico: quando questo è stazionario o s'aggrava, quelle si attenuano o scompaiono (così in luogo d'ipertensione ipotensione, non più liquido d'aspetto torbido, ma spesso xantocromico, non più ipercitosi, ma solo iperalbuminosi); soprattutto il liquido cefalo-rachidiano rimane sterile. Al contrario la puntura dei ventricoli dà esito a un liquor torbido, sotto pressione aumentata, che dà intense reazioni isto-chimiche e contiene spesso meningococchi.

In relazione con questi concetti di diagnosi differenziale è la cura. Nella meningite lenta a ricadute, come in ogni episodio acuto, si hanno vantaggi dalla sieroterapia endo-rachidea lombare. Nella forma cachettizzante, che il più spesso trae la sua origine da un piocefalo, la sedimentazione meningea impedisce non solo che il siero iniettato per via lombare pervenga fino alla localizzazione ventricolare, ma è per di più un ostacolo al riassorbimento del siero stesso. Al contrario l'introduzione del siero nel ventricolo, talvolta la semplice puntura del ventricolo, portano ad un miglioramento e, se non è troppo tardi, a guarigione il processo piocefalico. La miglior profilassi di queste forme lente è un trattamento intenso e continuato per molto tempo, fin dall'inizio della meningite cerebrospinale.

II. *Setticemie meningococciche pseudomalariche a lento decorso.*

Inizio insidioso col quadro d'un'infezione generale ad andamento torpido: malessere generale, inappetenza, piccoli brividi fugaci, senso di bastonatura, temperatura irregolare durante i primi 8 giorni. Poi appare un primo accesso febbrile. In altri casi l'inizio è brusco, caratterizzato da un brivido intenso con vomito, mialgie, seguito a breve distanza da un'elevazione termica caratteristica. Nel periodo di stato l'associarsi di accessi febbrili, di manifestazioni cutanee e di fenomeni dolorosi costituisce una triade patognomonica. Gli accessi febbrili s'assomigliano da vicino a quelli malarici tipici con brivido intenso, calore (temperatura a 40° per 4-5 ore), sudori profusi, talvolta accompagnantisi a vomiti alimentari o biliari. Questi accessi intermittenti sono abitualmente quotidiani, almeno all'inizio; in seguito rivestono l'aspetto della febbre terzana o quartana; talora però la curva termica è irregolare. Fra un accesso e l'altro, e questo è pure caratteristico, l'ammalato è in istato di quasi completa euforia. Le manifestazioni cutanee sono precoci e d'aspetto variabile: il tipo abituale è un'eruzione papulonodosa, che appare all'acme del parossismo febbrile o alla caduta della temperatura, più o meno estesa, con sede d'elezione a livello del ginocchio, gomito, collo del piede, polso; talora però assume aspetto d'eritema morbilliforme, scarlattiniforme o polimorfo. Eccezionalmente è dato osservare elementi purpurici o petecchiali, sempre circoscritti.

I fenomeni dolorosi sono soprattutto di tipo artralgico, interessando le grandi articolazioni prevalentemente, passando dall'una all'altra, senza produrre, se non eccezionalmente, essudazione intraarticolare, e tanto meno suppurazione; talora dolori a sede muscolare elettiva, e talora a sede ossea, esacerbantisi in occasione dell'accesso febbrile.

Raramente furono notati altri segni, quali splenomegalia leggera, albuminuria transitoria.

Lo stato generale è relativamente conservato, le funzioni digestive buone. Raramente, ed allora quando gli accessi son troppo ravvicinati o troppo intensi, si può avere astenia, anemia, dimagrimento fino a uno stato cachettico. L'emocoltura è positiva per il meningococco. Abitualmente questi ammalati guariscono per attenuazione e rarefazione degli accessi febbrili. Questi casi di meningo-coccemia di tipo pseudo-malarico, la cui durata sorpassa i tre mesi, sono relativamente rari. Gli AA. ne riportano un esempio dalla loro casistica personale, durato un anno e conclusosi con guarigione completa. In questo caso, come in altri raccolti nella letteratura, sono identificabili uno o più episodî meningei, spesso fugaci e transitorî, talora con reazione cito-albuminica nel liquor, contenente germi. La patogenesi di questa forma, e in particolare degli accessi parossistici che la caratterizzano, va ricercata nelle setticemie intermittenti, dovute a cariche microbiche successive versate nella corrente sanguigna da focolai ove i germi stanno rifugiati. Di questi focolai

il principale è il rino-faringe e cavità annesse, altri sarebbero, secondo alcuni AA., in vicinanza delle meningi e del tessuto nervoso, le guaine linfatiche perivascolari e perinervose, il tessuto cellulare perimeningeo, i plessi coroidei.

La terapia di queste forme è particolarmente difficile; tutti i mezzi abituali debbono esser messi in opera precocemente: la sieroterapia per via sotto-cutanea, intra-muscolare o endovenosa in primo luogo; la vaccinoterapia o meglio l'endoproteino-terapia; ancora la terapia generale dell'infezione (ascesso di fissazione, terapia di choc, antisettici), senza per questo attendersi risultati brillanti.

MOLINARI-TOSATTI.

Considerazioni sul trattamento specifico della poliomielite a. a.

(A. FOÀ. *Pediatria*, 15 gennaio 1932).

Il propagarsi irregolare, ma costante della poliomielite in ogni paese ha fatto sì che in questi ultimi anni si sieno moltiplicati gli studi su tale malattia, specie per la ricerca di mezzi di profilassi e di terapia.

Per la profilassi i risultati sono ancora poco soddisfacenti.

Per l'immunizzazione attiva a mezzo di un virus-vaccino sono stati usati vari metodi di midolli disseccati (Landsteiner, Levaditi), virus diluito o filtrato (Flexner e Lewis), virus sensibilizzato (Rohmer e Joseph), fenolizzato (Kraus), ecc.

Qualunque sia il metodo adoperato la difficoltà risiede nel graduare l'attenuazione del virus, perchè non produca danni, e perchè crei una immunità, e ancora questa difficoltà si può dire non sia stata sorpassata.

Per l'immunizzazione passiva, il siero di convalescenti di poliomielite, che possiede proprietà viruliciđe verso il virus di tale malattia, costituisce un medicamento talora efficace, ma sempre raro e prezioso, non alla portata di tutti; presenta inoltre gli altri inconvenienti comuni a tutti i sieri umani (trasmissione di altre malattie, ecc.), che lo rendono di moderata utilità pratica. Il suo potere curativo di recente, anche nel rapporto clinico-terapeutico dell'epidemia dell'Alsazia del 1930 (Rohmer, Meyer, Tassavatz, Vallette e Nillermin) lascia qualcuno piuttosto scettico al riguardo e ultimamente anche Lechtenstein ha avuto risultati poco incoraggianti.

È giustificato quindi l'interesse verso la produzione di siero antipoliomielitico per mezzo di animali.

Negli Stati Uniti, Rosenow, Neustaedter, Baurhaftethro, Mizuni e Willy avevano preparato dei sieri per inoculazione al cavallo di prodotti diversi, di bacteri, e specialmente di streptococchi isolati nei poliomielitici. Tali sieri si dimostrarono subito di poca efficacia ed il loro uso venne abbandonato.

Risultati assai migliori si ottennero con il siero antipoliomielitico Pettit dell'Istituto Pasteur, siero preparato dapprima con la inoculazione nel cavallo del midollo spinale di scimmie morte di poliomielite; dal 1929 invece dalla scimmia stessa infettata di poliomielite. Naturalmente si deve sacrificare la scimmia, il che significa che tale siero implica spese assai forti.

Il siero Pettit fino ad ora non si trova in commercio ed è prodotto solo in quantità molto limitate dall'Istituto Pasteur di Parigi.

L'A. ha potuto trattare in questi ultimi tempi 29 bambini con il siero suddetto. Mentre nei casi non trattati (10) o curati con siero di convalescenti (3), ha ottenuto per i primi in 1 caso la guarigione, e in 7 casi dei postumi, e 2 morti, e per i secondi in 1 caso guarigione in 2 casi postumi, nei 29 trattati con il siero Pettit ha ottenuto guarigione completa in 16 casi, postumi in 9 e morte in 4 casi.

L'A. fa rilevare come i risultati ottenuti sono assai confortanti, e si augura che anche da noi si possa presto iniziare la preparazione di siero antipoliomielitico, nei nostri Istituti Sieroterapici, istituendo nelle nostre Colonie Africane allevamenti di ecenocefali, sufficienti almeno per le esigenze nazionali.

C. NERVI.

La cura del tetano coll'iniezione endorachidea di acido fenico.

(SYNN SUVANSA. *The Lancet*, 16 maggio 1931).

In poche malattie la prevenzione è così semplice e così desiderabile come nel tetano, ma la relativa rarità della malattia specialmente in alcune zone fa trascurare troppo spesso l'uso profilattico dell'antitossina. In Francia un comitato è stato incaricato di indicare quali sono i casi in cui si deve fare la profilassi specifica e si aspetta la relazione.

Una difficoltà per la profilassi è data dal fatto che la maggioranza delle ferite che provocano il tetano è rappresentata da piccole lesioni per le quali non si chiama il medico. Inoltre ci sono casi in cui il tetano sia pure in forma mite, si manifesta nonostante l'uso profilattico dell'antitossina oppure casi in cui non si riesce a trovare la porta d'entrata dell'infezione.

La cura del tetano può essere diretta a neutralizzare la tossina, a evitare l'ulteriore assorbimento di tossina distruggendola nel focolaio d'infezione e a vincere gli spasmi. L'antitossina si può introdurre tanto per la via endorachidea che per quella endomuscolare ed endovenosa. Nel 1917 Sherrington ha dimostrato che una quantità adatta di antitossina

può impedire nella scimmia inoculata con germi del tetano lo sviluppo della malattia e Patterson ha applicato questo principio all'uomo ottenendo 19 guarigioni su 26 casi di tetano già dichiarato. Egli iniettò all'inizio della malattia 100.000 unità per via endovenosa e 40.000 per vie endomuscolare ripetendo l'iniezione endovenosa ogni 12 ore e quella intramuscolare ogni 4 ore fino a miglioramento del malato. In qualche caso è giunto a iniettare più di 2 milioni di unità. Secondo Manson l'insuccesso della cura è dovuto quasi sempre all'inizio tardivo della cura specifica e all'insufficienza delle dosi.

L'Autore riferisce su 14 casi di tetano curati coll'iniezione endorachidea di acido fenico. Egli si servì di soluzione di acido fenico 1:400, che è la più forte che non altera i leucociti e la diluizione era fatta con soluzione fisiologica. La quantità da adoperarsi è di 30-40 cc. negli adulti e da 12-20 cc. nei bambini attorno ai 12 anni. In un caso ebbe una nefrite tossica da acido fenico, in vari casi ebbe eruzione cutanea comparsa a distanza varia dall'impiego e della durata di pochi giorni. Ebbe 10 casi di guarigione (e fra questi un caso di tetano dei neonati) e 4 casi di morte.

R. Lusena.

Il trattamento del kala-azar nel bambino.

(P. Giraud e Coulange. *Presse Méd.* 3 febbraio 1932).

Fino a qualche anno fa si poteva dire che non esisteva alcun trattamento efficace del kala-azar e che tutti i bambini affetti da questa malattia erano votati, almeno in gran parte, alla morte. Oggi, grazie all'introduzione dei sali di antimonio, la guarigione della leishmaniosi interna si ottiene in un gran numero di casi.

Gli AA. hanno esperimentato i composti minerali dell'antimonio e due composti organici, lo stibenyl ed il neostibosan.

I composti minerali vanno usati per via endovenosa in soluzione diluita 1-2 %. L'iniezione deve essere rigorosamente endovenosa e sarà fatta più lentamente che sarà possibile, condizioni queste spesso difficili a realizzare in tutti i bambini. Si impiegherà per cominciare le dosi di 2-3 centigrammi. Queste dosi saranno progressivamente elevate fino a 4-5 centigr., al di sotto di 3 anni, 6-7 centigr. fino a 10 anni, 8-10 centigr., al di sopra di 10 anni.

Per evitare l'accumulo del medicamento, le iniezioni saranno ripetute ogni 2-3 giorni nei bambini in buone condizioni, ogni 3-4 giorni nei bambini deboli o cachettici.

Il numero delle iniezioni è assai variabile secondo i malati. Bisogna evitare ad ogni costo ogni interruzione durevole del trattamento. Bisogna procedere in una sola serie di iniezioni continuando fino alla guarigione, per lenta che essa sia; ogni interruzione del trattamento provocando in genere una ricaduta e costituendo una causa di produzione della stibio-resistenza.

Il grande inconveniente pratico del trattamento con i sali minerali di antimonio è dato dalla necessità di utilizzare la via endovenosa sempre delicata nei bambini troppo piccoli. In questi una tecnica comoda è quella di iniettare il prodotto nelle vene jugulari, rese turgide dal pianto del piccolo malato.

Bisogna però riconoscere che la via intramuscolare è molto più comoda, e gli AA. hanno a tale scopo utilizzato lo stibenyl e il neostibosan. Il primo non è più fabbricato. Il secondo si presenta come una polvere gialla che viene diluita estemporaneamente, poichè le sue soluzioni non si conservano a lungo. È ben tollerato dai tessuti e gli ascessi consecutivi al suo uso sono molto rari. Nei bambini fino a 4 anni gli AA. consigliano di fare 8 iniezioni, di cui la prima di 5 centigr. le altre di 10 centgr., a giorni alterni. Terminata questa prima serie bisogna attendere 3 settimane o un mese per cominciare un nuovo trattamento, per evitare gravi fatti tossici. Nell'intervallo si metterà in opera la terapia adiuvante per migliorare lo stato generale.

Per gli AA. l'iniezione endovenosa di composti minerali in una sola serie fino alla guarigione completa è la terapia di scelta tutte le volte che sarà possibile farla. La terapia intramuscolare, più comoda, si potrà tentarla in principio, sostituendola con quella endovenosa in caso di insuccesso.

Gli incidenti e gli accidenti della cura antimoniale sono particolarmente numerosi e meritano di essere studiati, perchè spesso molto gravi. Si è già accennato agli ascessi. Nel corso della iniezione endovenosa possono insorgere degli accessi di tosse di estrema violenza con arrossamento della faccia e vomito, che però spariscono rapidamente. Si potranno evitare questi incidenti non forzando le dosi ed eseguendo l'iniezione con molta lentezza.

Ma, accanto a questi incidenti senza gravità esistono 3 sorta di accidenti gravi, l'intolleranza, l'intossicazione propriamente detta e la resistenza ai medicamenti.

La stibio-intolleranza, accidente difficile a prevedere, può comparire alle prime iniezioni, anche se fatte a dosi minime, o a trattamento avanzato. La temperatura si eleva bruscamente, si ha vomito, arrossamento, poi cianosi della faccia, tachicardia, dispnea, tosse intensa e spesso interviene la morte in qualche ora o in qualche giorno. Tali accidenti possono prodursi, in verità, nei bambini cachettici, anche senza alcuna terapia. Comunque, nei soggetti molto defedati, specie con albuminuria, bisognerà usare dosi iniziali molto deboli e distanziate; bisognerà sorvegliare il malato e interrompere la terapia in caso di reazione ipertermica. Una volta comparsi gli accidenti, i ba-

gni tiepidi, ripetuti ogni 3 ore, sembrano agli AA. il mezzo più efficace per lottare contro l'ipertermia.

L'intossicazione per antimonio sopravviene al contrario progressivamente nel corso del trattamento, quando le dosi somministrate raggiungono già una cifra importante. È più frequente durante la terapia intramuscolare ed è caratterizzata da febbre irregolare con grandi accessi febbrili pseudo-malarici, stato generale grave, pallore impressionante, caduta brusca del numero delle emazie, fenomeni emorragici, eruzioni cutanee di tipo diverso, gangrene buccali e tosse. Continuando in questi casi la terapia si arriva spesso alla morte. Cessando invece immediatamente il trattamento antimoniale e mettendo in opera la terapia adiuvante, si ha presto un progressivo miglioramento e la guarigione può intervenire senza bisogno di riprendere il trattamento specifico. Gli AA. hanno anzi osservato che in certi casi particolarmente ribelli bisogna arrivare fino alla produzione di questo stato di intossicazione per ottenere la guarigione.

La stibio-resistenza è il più spesso secondaria ad un trattamento mal regolato, troppo frequentemente interrotto o a dosi troppo deboli, ed è più frequente quando si ricorre alla via intramuscolare.

Basta in questi casi cessare immediatamente le iniezioni e riprenderle poi a dosi sufficienti e per via endovenosa. Esiste poi una stibio-resistenza primitiva che si riscontra particolarmente nei casi molto avanzati. In questi casi bisognerà ricorrere alle terapie stimolanti. Forse potrà essere utile anche la splenectomia per sopprimere il focolaio infettivo principale. Poi si riprende il trattamento antimoniale a forti dosi, fino ai limiti dell'intossicazione.

La terapia adiuvante, se non ha l'importanza del trattamento antimoniale, non deve essere però dimenticata. I bambini affetti da kala-azar sono soggetti molto fragili, facile preda dei raffreddamenti, dei disturbi digestivi, delle infezioni banali. È dunque preferibile evitare la loro ospitalizzazione, causa di infezioni secondarie, quasi sempre fatali. Un trattamento con sangue totale, siero di cavallo, estratti di fegato e di milza, raggi ultravioletti, sarà molto utile.

Quanto ai risultati della cura antimoniale essi sono estremamente variabili, dai casi cui si ha una rapida guarigione fino a quelli in cui la terapia non arriva ad evitare la morte.

Nel più dei casi, al trattamento segue una prima fase negativa, durante la quale si ha un peggioramento. Dopo una o due settimane questa fase si attenua progressivamente, la febbre diminuisce, il quadro morboso migliora. La guarigione definitiva si annuncia con la caduta della temperatura, che costituisce la guida più sicura per seguire l'evoluzione del kala-azar. Quando questa caduta della temperatura è completa e regolare da 2-3 settimane, si è autorizzati a interrompere il trattamento. Bisogna però continuare a sorvegliare il malato per evitare le ricadute, che oppongono alla terapia una resistenza molto maggiore dell'affezione primitiva. La milza può rimanere ancora a lungo voluminosa. La mononucleosi persiste per molto tempo, come una vera stimmata della malattia, che per altro, una volta guarita, non lascia alcuna traccia ulteriore nell'organismo.

Quanto alla percentuale di guarigione essa si può ritenere oscillante sul 71 % dei casi.

C. TOSCANO.

Sulla patogenesi delle emorragie nella febbre tifoide.

(R. DONDI. *Giornale del Medico Pratico*, gennaio 1932).

È noto come spesso la nota emorragica domini la scena morbosa nella febbre tifoide: all'inizio con epistassi, a volte infrenabili, successivamente con emorragie gengivali, polmonari, intestinali, sottocutanee. Già la clinica antica aveva messo in evidenza che il sangue nella febbre tifoide appare poco coagulabile e Trousseau insisteva sul significato grave che assumevano le enterorragie allorchè coincidevano con emorragie nasali, polmonari, sottocutanee, essendo allora espressione di una discrasia emorragica contro la quale naufragavano interamente le risorse dell'arte medica.

Nella febbre tifoide esistono insieme alterazioni della crasi sanguigna e offesa anatomica delle pareti vasali. Infatti il tasso emoglobinico, il numero degli eritrociti, il contenuto di fibrina, le sostanze albuminoidi del sangue diminuiscono; i leucociti neutrofili, che nei primi giorni di piressia aumentano leggermente, diminuiscono progressivamente fino allo sfebbramento; le piastrine ed i linfociti diminuiscono anch'essi, gli eosinofili scompaiono completamente o quasi fin dall'inizio della malattia. Una inibizione tossica incombe sulla leucogenesi midollare.

D'altra parte, nell'acme della malattia esistono, secondo Weisel, alterazioni della tunica media dei vasi, sopra tutto una grave offesa del tessuto elastico.

Il meccanismo patogenetico delle enterorragie non consiste sempre nel distacco dell'escara e nella erosione di un vaso intestinale, nè tali fatti si possono invocare quando si tratta di spiegare le emorragie intestinali precoci. P. Emile-Weil e Robert Levy hanno potuto stabilire che la febbre tifoide, come può determinare una manifestazione emorragica in

un emogenico costituzionale, può anche creare ex novo una sindrome emogenica transitoria.

Mikulowski impernia la patogenesi delle emorragie tifose sullo stato di patimento del fegato con conseguente diminuzione del fibrinogeno. Altri fatti delineano nettamente l'influenza della milza sull'arresto delle emorragie.

Concludendo vari fattori concorrono a determinare i fenomeni emorragici nel corso della febbre tifoide. È pertanto utile ricercare sin dallo inizio della febbre tifoide gli elementi della sindrome emogenica per tentare la correzione del « suolo ematico ».

C. TOSCANO.

ONCOLOGIA.

Il metodo di deviazione del complemento di Hirzfeld per la diagnosi dei tumori maligni.

(F. P. TINOZZI. *Diagnostica e Tecnica di Laboratorio*, 25 gennaio 1932).

Numerose sono le reazioni proposte per la diagnosi dei tumori maligni, che si basano sulla eventuale presenza nel siero neoplastico di anticorpi specifici, la cui produzione nell'organismo sarebbe dovuta non al fattore etiologico del cancro, ma alle cellule tumorali stesse che agirebbero da materiale eterogeneo e da antigeni: queste reazioni si eseguono specialmente col metodo della deviazione del complemento dopo il tentativo infruttuoso di Pfeiffer e Finsterer di mettere in evidenza il neoplasma, iniettando alle cavie siero di canceroso, in cui si pretendeva la esistenza di anticorpi anafilattici. La prima idea di utilizzare la deviazione del complemento per la diagnosi dei tumori maligni devesi a von Bergmann e Keuthe che sin dal 1906 proposero una reazione, la quale ebbe il più completo insuccesso; dopo di essi una schiera di ricercatori proposero altre reazioni, basate tutte sullo stesso principio ma in cui variava la qualità dell'antigene. In complesso nessuna di queste reazioni ha resistito al controllo della critica sperimentale che ha dimostrato essere molto dubbia la loro specificità. Una nuova reazione di deviazione del complemento è stata di recente proposta dall'Hirzfeld: questo autore, in base ai suoi lavori compiuti in collaborazione con Halber e Laskowski afferma che la possibilità sia di influire per via sieroterapica sulle cellule cancerigne, sia di stabilire la presenza di esse nell'organismo con l'aiuto di metodi immunbiologici, deve avere la sua base nella specificità sierologica di esse cellule. Ammesso il fatto che le cellule cancerigne si possono sierologicamente differenziare dalle cellule normali, viene spontanea la domanda se sia possibile di trovare anche nel siero di ammalati di cancro proprietà che si possano mettere in evidenza col metodo della deviazione del complemento. Ed infatti in un primo tempo Hirzfeld e la sua scuola tentarono di eseguire la ricerca facendo uso di quegli estratti cancerigni, che reagivano fortemente con gli immunsieri dei conigli; senonchè i risultati furono completamente negativi; in un secondo tempo però aggiungendo all'estratto una soluzione di colesterina, la sensibilità degli estratti si accrebbe da 10 a 100 volte e fu possibile mettere in evidenza nel siero di cancerosi degli anticorpi verso gli antigeni cancerosi alcool-solubili.

L'antigene è preparato in modo semplice: al tessuto cancerigno, tagliuzzato finemente, si aggiunge alcool a 96° in quantità di 1 su 10 e la sospensione si agita bene in un recipiente contenente delle perline di vetro. Per nove giorni si tiene il recipiente in stufa a 37°, avendo cura di agitarlo di tanto in tanto, dopo di che si filtra la miscela in carta bibula. Per la preparazione della diluizione antigene si mescolano rapidamente cmc. 0,30 di estratto alcoolico tumorale con cmc. 0,20 di sol. alc. di colesterina all'1 % e poi con 3 cmc. di sol. fisiologica.

La reazione si fa con quattro provette: Hirzfeld considera come positivi quei sieri, nei quali già nella prima provetta vi sia una forte inibizione della emolisi, mentre una scarsa inibizione è da considerarsi come dubbia.

L'A. ha voluto controllare il valore clinico e pratico della nuova reazione. Riassumendo i risultati ottenuti eseguendo la reazione sul siero di 50 infermi di carcinoma, 2 di sarcoma, 30 individui normali e su 5 sieri di sifilitici con reazione di Wassermann fortemente positiva, l'A. rileva come nei cancerosi la reazione abbia dato risultato positivo nel 76 % dei casi e negativo nel 10 %.

Negli individui normali però la reazione è risultata decisamente negativa solo nel 40 % dei casi e positiva in oltre il 36 % dei casi. I sieri con W. R. fortemente positiva hanno dato tutti risultato positivo. I carcinomi a localizzazione superficiale sono quelli che più facilmente hanno dato risultati negativi e così pure tutti i carcinomi iniziali. Vi è indipendenza, in generale, per il risultato della reazione, fra la provenienza dell'estratto tumorale e la localizzazione del tumore che si vuol diagnosticare.

Per quanto sia alta la percentuale di risultati positivi ottenuta nel cancro, l'essere la reazione positiva con alta percentuale nei sieri normali, nei sieri con W. R. positiva e nella gravidanza, fa pensare che, oltre a fattori specifici, altri fattori debbano entrare in giuoco nella reazione e forse anche la elevata labilità nel siero delle globuline. D'altra

parte la reazione non può considerarsi come reazione diagnostica precoce e per la sua tecnica complicata, in rapporto ai risultati ottenuti non può essere considerata come un metodo capace di poter entrare, per ora, nella pratica clinica e diagnostica.

G. LA CAVA.

Il riconoscimento radiologico precoce delle metastasi neoplastiche dello scheletro.

(F. PERUSSIA. *La Radiologia Medica*, novembre 1931).

Il riconoscimento radiologico precoce delle metastasi cancerigne dello scheletro è molto difficile, in quanto mancano caratteristiche specifiche dell'alterazione elementare, sia essa a carattere osteolitico od osteoplastico. Quando è nota l'esistenza di un tumore primitivo dell'organismo e l'attenzione è richiamata dall'insorgenza di dolori, specialmente alla colonna vertebrale ed al bacino, allora le maggiori difficoltà risiedono nell'eliminare le cause di errore dovute ai confini mal netti fra il normale ed il patologico ed alla sovrapposizione di immagini fallaci, estranee allo scheletro. Quando manchi la conoscenza del tumore primitivo extraosseo, le difficoltà sono molto aumentate in quanto la stessa alterazione morfologica elementare può derivare da un tumore primitivo dello scheletro, peggio ancora se diffuso, come il mieloma multiplo, e da osteopatie a carattere distrofico od infiammatorio cronico, non esclusa la linfogranulomatosi.

Lo studio sistematico di tutto lo scheletro, e sopratutto la ripetizione in serie di radiografie tecnicamente perfette, ad intervalli di tempo, valgono il più spesso a conferire certezza a segni inizialmente solo sospetti o perfino misconosciuti.

C. TOSCANO.

Metastasi multiple al fegato da carcinoma mammario primitivo per via linfatica retrograda.

(L. MINUCCI DEL ROSSO. *Minerva Medica*, 18 febbraio 1932).

L'A. espone il caso di una donna di 42 anni che 7 mesi dopo l'insorgenza di un cancro della mammella destra, presenta i primi segni della ripetizione metastatica al fegato.

Dopo qualche tempo la sintomatologia epatica predomina nel quadro: compare ittero, versamento addominale, il fegato acquista un volume notevole e infine la paz. muore. L'autopsia oltre al tumore mammario e ad un enorme fegato neoplastico, mette in evidenza due ghiandole ingrossate dietro il margine destro dello sterno, lungo la mammaria interna, e che esaminate al microscopio si dimostrano anch'esse sede di neoplasma.

Quale via ha seguito il cancro del seno per giungere al fegato? Due sono le teorie avanzate a spiegare simili evenienze: la teoria embolica per penetrazione nei linfatici regionali e quindi nel dotto toracico, nel circolo venoso ecc., ovvero per penetrazione diretta del neoplasma in un vaso sanguigno e la teoria della permeazione linfatica di Handley. Ma contro la prima vi sono molte obbiezioni fra cui principalmente quella che se il neoplasma seguisse tali vie i nodi secondari dovrebbero essere ripartiti ugualmente in tutti gli organi o per lo meno nei polmoni.

Più verosimile invece è l'ipotesi di Handley secondo cui la propagazione avviene lungo le vie linfatiche per accrescimento attivo delle cellule neoplastiche, indipendentemente quindi dalla direzione della corrente linfatica. Sia la mammella come il fegato posseggono linfatici tributari delle linfoghiandole sternali. Per il tramite di questa via di connessione tra i due organi, per un processo di linfangite cancerosa, e facendo tappa ai gangli sternali, il tumore ha potuto diffondersi in via retrograda dalla mammella al fegato.

ANTONIAZZI.

Tumori della mammella maschile.

(MORELLI. *Giornale di Medicina Militare*, fascicolo IV, 1931).

I tumori della mammella maschile sono, com'è noto, piuttosto rari; quelli maligni predominano sui benigni. In genere si afferma che il carcinoma mammario maschile ha un decorso più lungo, perchè l'aumento di volume è più lento, anche perchè si manifesterebbe prevalentemente in forma scirrosa: che le recidive sono più rare e più tardive che nella donna.

Sono pertanto particolarmente interessanti i due casi illustrati dall'A.

Il primo, un mixoadenoma, insorto in un individuo sessantenne; il tumore aveva raggiunto un volume enorme ed un peso di oltre due chilogrammi, determinando anche un certo grado di marasma. Il tessuto mixomatoso preponderava sugli altri.

Il secondo, un carcinoma, a decorso rapidissimo e di estrema malignità in un uomo sessantaduenne; dopo ampia ablazione si ebbe recidiva e metastasi pleuro-polmonari alla distanza di un mese circa dall'intervento. La costituzione morfologica di quest'ultimo tumore s'identifica con quella forma che Delbet descrive come « carcinoma a cellule indipendenti », raro a riscontrarsi nell'uomo e non molto frequente nemmeno nella donna. A questa forma è attribuita la massima malignità.

GIACOBBE.

Le forme cliniche del cancro dell'esofago.

(BREMOND. *Marseille méd.*, a. 37°, n. 9).

Noi possediamo nozioni esatte sul cancro dell'esofago soltanto dall'èra esofagoscopica: prima della scoperta dell'esofagoscopio la diagnosi di cancro dell'esofago veniva posta in due casi o quando la neoplasia ulcerando la cartilagine laringea sporgeva nella regione cervicale, ovvero quando, avendo invaso l'epiglottide permetteva in alcuni soggetti con la semplice depressione della lingua di far scorgere il tumore. Fino a 30 anni fa insomma il cancro dell'esofago più che affermato era supposto e confuso con i restringimenti sifilitici, le lesioni tubercolari, ecc. Ora possiamo dire che le stenosi sifilitiche dell'esofago sono rare, che le stenosi tubercolari non esistono, che il ganglio di Troisier dato caratteristico dei cancri, ed ai quali si faceva ricorso, è di comparsa tardiva e rara ed è testimone di un'affezione cancerosa che può esistere oltre che nello esofago in altr'organo. Oggi possiamo svelare fin dall'inizio le manifestazioni cancerose esofagee.

Le manifestazioni in verità non sono molte: il sintoma unico, rivelatore è la disfagia. Questa ha inizio brusco con sensazione di arresto nella discesa del bolo alimentare. L'arresto dopo qualche minuto, grazie al peristaltismo esofageo od all'ingestione di un sorso di acqua, cede, e molti giorni possono anche passare prima che si ripresenti il disturbo il quale pel progredire dell'affezione diviene sempre più frequente: il malato spontaneamente mastica maggiormente i cibi, mangia più lentamente, deglutisce a piccoli bocconi, di poi spontaneamente modifica il suo regime lasciando il pane, la carne, ricorrendo a cibi liquidi o semiliquidi. Ma in seguito l'arresto si produce lo stesso, si accompagna a senso di peso, sopra viene vomito, senza nausea di contenuto talora appartenente ai giorni precedenti. L'odore svela la fermentazione di essi. Da quel momento l'ammalato dimagra, compare la cachessia. È nei neoplasmi dell'esofago che l'intossicazione cancerosa raggiunge il massimo. Sopravviene una vera disidratazione, con sete e così si giunge alla morte.

In un certo numero di casi si aggiungono dolori toracici, però raramente.

Le complicazioni evolutive di questa malattia descritte nei trattati classici sono teorie più che realtà. La malattia in genere non fa vivere al di là dei sei mesi, dieci mesi. È più rapida nei giovani, più rapida nelle donne.

L'A. nell'Hôtel Dieu ha notato dal 1922 al 1929, 86 casi di cancri dell'esofago, cifra vicina a quella dei cancri della lingua. In essi nota una sola donna di 41 anni; negli uomini il più giovane aveva 48 anni, il più anziano 78. Dunque è un tumore eccezionale nella donna, frequente negli uomini anziani.

L'esofagoscopia ci ha permesso sempre più di precisare la sede di tali tumori: nei casi osservati dall'A. due avevano sede al cardias, due all'imbocco esofageo, cioè nell'unico punto aggredibile dalla chirurgia, tre nel limite fra le porzioni cervicale e toracica, 79 nei due terzi inferiori dell'esofago con una maggior frequenza a 32 cm. dalle arcate dentarie.

L'aspetto può essere vegetante, od ulceroso, od infiltro stenosante. La più frequente è la forma ulcerosa.

Le cause di errore nella diagnosi di cancro dell'esofago, sono rappresentate dallo spasmo esofageo, dall'esofagite infiammatoria, dal megaesofago, dai diverticoli.

La prognosi del cancro esofageo è assolutamente letale: sono rimedi palliativi la radioterapia, la telecurieterapia (quando non accelera la evoluzione!) la gastrostomia.

MONTELEONE.

Sarcoma primitivo dello stomaco.

(A. GÓMEZ Y GÓMEZ. *Rev. de Cirugia de Barcelona*, settembre 1931).

L'A. riporta un caso di sarcoma primitivo dello stomaco.

Si trattava di una donna di 67 anni in condizioni generali assai scadenti che da circa tre mesi aveva notato la presenza di una tumefazione al mesogastrio con dolori generalizzati a tutto l'addome con predominio di intensità all'epigastrio. Tali dolori aumentavano di intensità con l'ingestione di cibi e si alleviavano col vomito. La tumefazione andò rapidamente aumentando di volume nei giorni successivi. Obbiettivamente si apprezzava una tumefazione in corrispondenza del mesogastrio mobile coi movimenti respiratori e spostabile con i movimenti che le si imprimevano arrivando fino al pube quando l'ammalata assumeva la posizione eretta.

Radiologicamente si notava che la convessità normale del fondo dello stomaco era sostituita da una convessità a margini però ben delimitati e mobili durante i movimenti peristaltici e con la pressione manuale. Il chimismo frazionato dava un'ipocloridria.

Data la rapida evoluzione della malattia, la grande mobilità della tumefazione che faceva pensare a una sede extragastrica si fece diagnosi di sarcoma dell'epiploon gastro-colico.

All'atto operativo si rinvenne una tumefazione grande, bilobata, impiantata sulla faccia posteriore dello stomaco per un grosso peduncolo. Fu praticata la resezione con anastomosi termino-laterale alla Polya. L'inferma morì in 3ª giornata per peritonite.

L'A. si ferma a parlare dell'errore di localizzazione diagnostica. Fa una rapida rassegna

dei casi simili pubblicati e dice che su un totale di 335 casi di sarcoma gastrico primitivo controllati all'atto operativo o all'autopsia, solo nel caso di Escudero la diagnosi fu esatta per natura e per sede della neoplasia.

Poichè se il tumore ha sede gastrica difficilmente si pensa al sarcoma e la diagnosi più comune è quella di cancro.

Nel caso invece di sede extragastrica è facile la diagnosi di natura ma diviene difficile la localizzazione esatta. Infatti esistono nella letteratura casi in cui un sarcoma gastrico fu confuso con cisti dell'ovaio, del mesentere, tumori del pancreas, del fegato, dell'utero, dell'epiploon.

Per tali ragioni l'A. conclude dicendo che la diagnosi esatta per sede e per natura di sarcoma gastrico non è possibile prima dell'intervento o dell'autopsia. A. CALCAGNI.

Diagnosi, cura, reperto anatomopatologico ed esiti del cancro rettale desunti dallo studio di 57 casi.

(NOVI. *Annali Italiani di chirurgia*, nov.-dic., 1931).

L'A. fa uno studio completo e dettagliato sui cancri del retto desunto dagli interventi praticati nella Clinica Chirurgica di Bologna nel decennio 1920-1930. Su più di 1100 individui affetti da tumori maligni in genere, nel suddetto periodo, vi furono 57 neoplasie rettali e cioè il 5,4 %.

In rapporto agli altri tumori del tratto intestinale il cancro del retto ha una frequenza assai elevata che secondo la statistica di Tuttle del 1905 arriva fino al 70-80 %.

I 57 casi dell'A. furono riscontrati fra 135 tumori del tubo intestinale e cioè in una percentuale abbastanza elevata del 43 %. Riguardo all'età vi furono 6 casi fra i 21 e i 30 anni e fra questi uno di 21 e due di 23 anni; 7 fra 31 e i 40 anni; 18 fra i 41 e i 50; 14 fra i 51 e i 60; 11 fra i 61 e i 70; ed uno di 71 anni.

Il sesso più frequentemente colpito è quello maschile nella percentuale del 58 %.

Riguardo all'eredità diretta nel cancro del retto l'A. ha osservato nei suoi 57 casi che in 12 di essi esistevano congiunti prossimi con carcinomi, in qualche caso anche dello stesso organo, e cioè nel 20 %. Fra le cause predisponenti l'A. rileverebbe la presenza di emorroidi o anche di un semplice prurito anale, che egli avrebbe trovato presente 9 volte.

Riguardo alla operabilità di questi tumori l'A. non dà delle regole fisse poichè ogni chirurgo è guidato dalla propria esperienza e dal tipo di operazione che usa o che intende applicare. Tutto ciò dipende dalla estensione del tumore, dalle aderenze da esso contratte, dalle eventuali metastasi, e principalmente dalla età e dalle condizioni generali del malato.

Il trattamento chirurgico si distingue in palliativo e radicale. Il primo cioè la formazione di un ano contro natura va applicato a quei casi in cui vi sono già in atto complicazioni o metastasi.

L'intervento radicale nei casi operati è stato praticato costantemente per via cocciperineale.

Fra i 57 casi ne furono dichiarati assolutamente inoperabili 12.

Fra i rimanenti fu praticata una operazione palliativa (ano-contro-natura, sigmoideo), in altri 12 e di questi in 3 casi si ebbe la morte dopo poco tempo, in altri 3 dopo pochi mesi, in 5 casi dopo 7-8 mesi ed in 1 dopo 2 anni.

Erano però tutti casi assai gravi con fatti di occlusione o stenosi notevole, che lasciati a sè sarebbero morti a brevissima scadenza.

Nei rimanenti 33 casi fu eseguita l'amputazione per via cocciperineale, provvedendo in 25 casi anche alla resezione del coccige ed in 6 di parte del sacro. Solo in 3 casi l'operazione radicale fu preceduta dalla formazione di un ano contro natura sigmoideo e fra questi uno sopravvisse oltre 5 anni, un secondo solo pochi mesi ed un terzo un mese soltanto. In questi soggetti non si è mai provveduto a ristabilire la via normale alle feci.

Riguardo agli esiti lontani fra i 33 operati radicalmente si ebbero 3 decessi immediati o quasi; 12 sopravvissuti per quasi un anno; 11 per oltre un anno; 5 oltre 2 anni; 1 oltre cinque anni ed 1 per 6 anni.

Dal punto di vista istologico furono rinvenuti 17 volte un cancro cilindro-cellulare; 9 volte c. gelatinoso o colloide; 3 volte cancro midollare; 3 volte c. fibroso ed 1 volta un epit. malpighiano. A. CALCAGNI.

STORIA DELLA MEDICINA

Francesco Puccinotti e la "medicina civile,,.

P. L. Papanti (1) rievoca la figura dell'urbinate Francesco Puccinotti che fu assunto nel 1838 alla cattedra di medicina civile (comprendente l'igiene pubblica e la medicina legale) nell'Università di Pisa.

Oratore di non comune facondia egli seppe fin dalla prolusione attrarre a sè larga schiera di uditori. Grande clinico e scienziato, fu nei primi anni della carriera medico condotto e legato di amicizia a Giacomo Leopardi. Il suo nome è soprattutto noto per la grandiosa opera di storia della medicina, che non a torto fu definita un vero monumento di gloria nazionale. Filosofo, letterato, umanista, presentò in sè armonicamente congiunte ad un carattere adamantino le più grandi virtù della mente e del cuore.

Il Prof. Papanti illustra in questo suo lavoro il geniale contributo che il Puccinotti ha portato nella medicina sociale e più specialmente nella medicina del lavoro. Ne diamo qui qualche accenno, rimandando per più ampie notizie al lavoro originale.

Intravide il Puccinotti, fin d'allora un vasto campo di applicazione della medicina, non più racchiusa in sè stessa per limitare i suoi benefici alla cura delle malattie, ma che « con una mano esplora la vita dell'individuo, mentre distende l'altra sul cuore della Società e ne misura le forze ed i salutevoli fondamenti ».

Ed ecco il Puccinotti interessarsi all'educazione fisica della gioventù, alle costruzioni carcerarie e prefiggersi come obbiettivo principale della medicina rispetto all'economia pubblica, la conservazione della vita al lavoro, il modo di rendere il lavoro innocuo alla vita, la cooperazione con la scienza politica per l'assistenza sociale.

L'A. entra nella disamina di questi concetti, che il Puccinotti ha svolto nelle sue opere e ne tratteggia le idee principali. Egli aveva osservato i perniciosi abusi che allora si compievano specialmente sfruttando a sangue i fanciulli con orari e lavori estenuanti ed invoca la voce autorevole delle Commissioni sanitarie per ridurre il lavoro a condizioni umane, facendo notare come toccasse ai medici l'investigazione degli elementi sociali del lavoro per proporre i convenienti rimedî.

Anche del problema delle risaie in rapporto con la salute pubblica si occupò il Puccinotti, con osservazioni e rilievi che anche oggi non hanno perduto di attualità.

Figura complessa e vasta mente lungimirante a proposito della quale, giustamente l'A. si augura che debba venire una completa ed esauriente biografia che mette bene in luce l'opera di questo nostro grande.

fil.

(1) Il contributo di Medicina del Lavoro nella Medicina Civile di FRANCESCO PUCCINOTTI. Casa ed. Cav. F. Luchetti, Cingoli (Marche).

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

SCHMITT WILLY. *Kolloidreaktionen der Ruckenmarkflussigkeit* (Technik, Klinik u. Theorie). T. Steinkopff, Lipsia 1932. RM. 12,50.

È un volume di oltre 150 pagine che tratta esclusivamente delle reazioni colloidali sul liquido cefalo-rachidiano. Esso si presenta particolarmente utile per il medico pratico e per chi si dedica a ricerche di laboratorio poichè accanto alla descrizione esatta e particolareggiata della tecnica espone i risultati che si presentano nelle varie affezioni del sistema nervoso ed indica la varia importanza delle diverse reazioni colloidali nelle diverse malattie nervose. Inoltre indica quali possano essere le diverse cause di errore che si verificano nella esecuzione delle varie reazioni e nella loro interpretazione. Da ultimo espone un raffronto fra i risultati ottenuti con le varie reazioni colloidali e con le altre indagini che abitualmente si compiono sul liquido cefalo-rachidiano.

tr.

P. GILIS. *Anatomie élémentaire des centres nerveux et du sympatique.* Editore Masson, Parigi. Fr. 24.

La seconda edizione di questo libro compare a breve distanza dalla prima.

È un'esposizione chiara e succinta dell'anatomia del sistema nervoso centrale e vegetativo con gli opportuni riferimenti fisiologici, che mettono in grado il lettore di orientarsi in problemi clinici.

La parte riguardante il simpatico ed il parasimpatico è adeguatamente aggiornata.

DR.

H. ROGER. *Les troubles du sommeil.* Masson et C., Paris, 1932.

Il piccolo volume dell'illustre neurologo di Marsiglia non ha la pretesa di dire cose nuove e di colmare una lacuna di un argomento sul quale, anche in Italia, non mancano delle buone monografie; basti ricordare quelle eccellenti del Salmon e quella del Romagna-Manoja. Ma ha il grande merito di presentare in forma piana, lucida, brillante, le varie complicatissime questioni, che si riconnettono alla fisiologia ed alla patologia del sonno, aven-

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

do di mira di mettere alla portata anche dei colleghi non specialisti quanto su questo argomento loro può riuscire utile nella pratica giornaliera.

L'A. dedica il primo capitolo allo studio del meccanismo del sonno normale, del quale studia i tre elementi costitutivi (sonno vegetativo, sonno cerebro-spinale, sonno psichico), ognuno dei quali può essere perturbato in modo differente nelle sindromi insonniche, ipersomniche e parasomniche. A ciascuna di queste specie di sindromi sono dedicati gli altri capitolo dell'opera; così nel secondo sono trattate le iposomnie o insonnie ed è sviluppata specialmente la parte riguardante la cura di questi disturbi. Le ipersomnie sono distinte in continue della durata di parecchi giorni e più settimane e in parossistiche della durata di qualche minuto o di qualche ora (narcolepsia). Infine l'A. tratta brevemente di alcuni disturbi non molto frequenti, che raggruppa sotto il nome di parasomnie, fra i quali comprende: i sogni, gli incubi, il sonnambulismo, i sobbalzi preipnici, la cataplexia del risveglio, lo stridore dei denti, i movimenti ritmici del capo e degli arti durante il sonno, ecc. Di ognuno dei disturbi insomnici o parasomnici è detta la possibile cura più appropriata. G. AYALA.

A. AUSTREGESILO. *Consejos praticos a los nerviosos.* Editore Morata, Madrid. Pesetas 5.

In questo piccolo volume sono indicate le norme che medici e malati devono seguire per la cura degli stati di nervosismo.

Sono consigli pratici, dettati dal buon senso ed esposti in forma semplice ed accessibile a tutti. G. D.

A. AUSTREGESILO. *El mal del la vida.* Pesetas 5.

La vita è un bene o un male? Ecco il problema.

L'A. discute della felicità e della infelicità, termini relativi dipendenti più dalle nostre condizioni interne che da quelle esterne, dell'ottimismo e del pessimismo, concezioni filosofiche suggerite più dagli stati sentimentali che da fredde considerazioni.

La sintesi del libro ad intonazione ottimista è che il miglior vivere è determinato dal saper pensare, dal sapere sentire, dal sapere agire. DR.

P. PLAUT. *Der Zeuge und seine aussage in Strafprozess.* Editore Thieme, Lipsia, Marchi 20.

È una trattazione sulla psicologia dei testimoni in processi penali a seconda del loro temperamento, della loro costituzione, della loro cultura, della loro posizione sociale.

Uno speciale capitolo è dedicato alla menzogna.

È un libro molto interessante e utile per i medici per i suoi riferimenti psicopatologici e medico-legali. DR.

R. KELL. *Pedagogia sexual.* Editore Morata, Madrid. Pesetas 12.

È un ottimo manuale di eugenica pratica. Son passati in rassegna i fattori della degenerazione della specie ed i loro meccanismi di azione.

Quindi sono esposti i fondamenti dell'eugenica ed indicati i suoi metodi medici, politici ed educativi. DR.

R. TÒTORO. *La personalità dell'uomo mediterraneo.* Editore Idelson, Napoli. Prezzo L. 12.

Con voli piuttosto pindarici l'A. passa in rassegna le fasi dell'umanità mediterranea dall'epoca micenea a quella moderna.

Un libro più di poesia, che di scienza.

G. D.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 30 marzo 1932.

Presiede il prof. S. BAGLIONI, presidente.

Della resezione di segmenti delle catene laterali del simpatico per disturbi trofico-vascolari degli arti.

Prof. A. CHIASSERINI. — L'O. riferisce circa quanto concerne la propria esperienza sulla resezione di segmenti delle catene laterali del simpatico cervico-toracico o lombare. Fino ad oggi egli ha eseguito 32 di tali interventi su 30 pazienti. Si intrattiene sulle indicazioni e controindicazioni, sulla tecnica operatoria, e sui risultati. Presupposto dell'intervento è la dimostrazione (a mezzo di iniezioni di proteine eterogenee, o della rachianestesia, ecc.), che la sindrome morbosa è determinata, almeno parzialmente, dalla esistenza di un angiospasmo.

Il prof. ALESSANDRI si rallegra per i brillanti risultati ottenuti dal prof. Chiasserini e dichiara di essere del tutto d'accordo con lui nel ritenere, che le operazioni sulle catene del simpatico siano le sole che possano dare risultati efficaci e duraturi nelle affezioni degli arti, che egli ha elencato, e specialmente nei casi gravi di morbo di Reynaud e in quelli di gangrena giovanile in cui il quadro clinico non è sempre facile distinguere nettamente. Ritiene assai abile la pratica di determinare se tutta o parte della sindrome è dovuta ad angiospasmo e ciò per l'indicazione all'intervento. Ricorda il caso da lui presentato nell'ultima seduta dell'Accademia, in cui risultato ottimo si è ottenuto dopo ganglionectomia bilaterale del 3° cervicale e dei due primi toracici, mantenuto inalterato dopo due anni, in un individuo con trombo-angioite obliterante di tutti e quattro gli arti. Per la tecnica crede la ganglionectomia lombare per via extraperitoneale rap-

presenti un progresso su quelle generalmente usate per via laparatomica; egli in un caso recente l'ha eseguita con pieno successo. Aggiunge che la ganglionectomia può essere utile anche per altre indicazioni, ed accenna ad un caso recente operato per stitichezza ostinata da dolicosigma, con risultato soddisfacente.

Il prof. BAGLIONI, rellagrandosi col prof. Chiasserini, fa rilevare tutto l'interesse che l'importante argomento ha pure per i vantaggi che possono derivarne alla fisiologia.

Sindromi linfemiche in soggetti luetici.

Prof. V. GIUDICEANDREA. — L'O. mette in rilievo la possibilità che in soggetti luetici, come risulta da una serie di casi da lui osservati, si manifestino sindromi linfemiche, talvolta col quadro completo di una linfemia cronica, altre volte in forma più attenuata, e inoltre con gravi alterazioni ematiche riproducenti la forma di una agranulocitosi.

Richiama l'attenzione su queste reazioni linfemoidi possibili nella lues insufficientemente curata, rilevando l'analogia tra queste gravi emopatie secondarie a tipo linfemico con quelle, già note, a tipo di anemia perniciosa.

Un caso di infestazione da " Entamoeba vesicalis ,,.

Prof. V. GIUDICEANDREA. — L'O. espone la doppia sindrome: locale (cistite) e generale (grave anemizzazione con notevole monocitosi relativa e lieve eosinofilia, lieve ittero, fegato grande e doloroso, lieve splenomegalia, febbre, lieve albuminuria, disturbi nervosi in forma astenica) verificatisi in una inferma, sofferente per tali condizioni da circa 4 anni; e descrive il reperto parassitario rilevato all'esame delle urine e caratterizzàto dalla presenza dell'*entamoeba vesicalis* descritto da G. Penso.

La cura emetinica agì con molto vantaggio per la sindrome generale, ma non si ottenne la completa scomparsa delle amebe, per cui l'O. ritiene che la presenza del parassita provochi nell'organismo qualche cosa di più di una semplice cistite.

Partecipa alla discussione il dott. PENSO.

Sul contenuto in alcool e glicosio del liquido cerebrospinale in condizioni normali e in varie condizioni patologiche.

Dott. ASTORRE BAGLIONI. — Con il metodo del Widmarck, modificato da Baglioni, Galamini e Bracaloni, e con il metodo del Bang, l'O. ha studiato il contenuto dell'alcool e del glicosio nel liquido cerebro-spinale, in condizioni normali e in varie condizioni morbose; ha confermato i valori normali forniti dagli altri AA.; ha osservato che, in condizioni patologiche, il tasso dell'alcool risulta aumentato in tutte le lesioni organiche del sistema nervoso, in tutti gli stati irritativi (senza flogosi) delle meningi e in stati di intossicazione e di infezioni generali, mentre è diminuito negli stati infiammatori acuti delle meningi ed è normale nelle affezioni funzionali del sistema nervoso. Per il glicosio ha osservato, nelle stesse condizioni morbose, un andamento parallelo, nel senso che, ad un aumento del tasso dell'alcool, corrisponde un aumento del glicosio e viceversa.

Anemia grave ipocromica.

Prof. G. ANTONELLI. — L'O. illustra una forma di anemia grave ipocromica, in parte a meccanismo emolitico, in parte di presumibile origine mielotossica, a decorso subacuto-cronico, a manifestazioni febbrili, criptogenetica per la mancanza di sicuri elementi etiologici, quasi del tipo pseudoaplastico per quanto riguarda gli elementi della serie rossa, e ad esito letale.

Dal punto di vista istologico questa forma morbosa presenta, oltre che le note di un'emosiderosi evidente a carico del fegato, della milza, del midollo delle ossa e parzialmente dei reni, anche una cospicua iperplasia del tessuto reticolo-endoteliale nei tre primi, nel senso tanto degli elementi istioidi quanto delle fibre « a graticcio », una notevole sclerosi spleno-midollare, nonchè un certo grado di osteosclerosi, forse non del tutto estranea alla genesi dell'ipocromia nel grave stato anemico.

Nel vasto campo delle anemie gravi questa forma, che trova per ora soltanto vaghe e parziali analogie con altri tipi morbosi riportati nella letteratura, e in ogni modo non tali da dimostrarne l'identità, merita di essere particolarmente segnalata, anche in attesa di ulteriori eventuali conferme, atte a convalidarne l'autonomia clinica, ematologica ed anatomo-istologica.

Osservazioni sullo sviluppo degli ossiuridi.

Dott. G. PENSO. — L'O., ricordato come fino ad oggi si credeva che gli ossiuridi compissero il loro ciclo esclusivamente fra l'intestino e l'ambiente esterno, fa notare, invece, come gli ossiuridi abbiano un ciclo monogeno, vale a dire come essi siano capaci di compiere tutto il loro ciclo (adulto — uovo-adulto) nello stesso individuo. L'O. infatti, ha potuto osservare come le femmine pregne di Ossiuride forino la mucosa intestinale e vadano a deporre le loro uova nello spessore della parete intestinale stessa, nella quale l'O. ha potuto più volte osservarle e microfotografarle.

Il ciclo si compirebbe così: nel lume intestinale dell'ospite avviene la capsula, successivamente le femmine pregne forano la mucosa intestinale — nella quale si rinvengono facilmente nelle sezioni — e vanno a partorire nello spessore della parete intestinale stessa, nella quale si rinvengono ammassi di uova. Gli embrioni nati da quelle uova, emigrano poi nell'intestino dove divengono adulti.

Per la perpetuazione della specie e per la sua propagazione da individuo a individuo, le femmine pregne compiono di tempo in tempo emigrazioni anali per deporre le uova o per essere trasportate all'esterno onde, più facilmente e in maggior misura, propagare la razza.

La conoscenza di questo ciclo serve a spiegare le difficoltà che si incontrano nella terapia della ossiuriosi; gli antielmintici, infatti, se agiscono sui vermi adulti presenti nell'intestino, poco o nulla possono sulle uova rannicchiate nella mucosa.

L'O. ha potuto dimostrare questo ciclo monogeno degli ossiuridi, sia per l'*Oxyurus ambigua* della lepre, che per l'*Oxyurus vermicularis* dell'uomo.

La comunicazione è stata illustrata colla proiezione di una numerosa serie di microfotografie.

Il Segretario: G. AMANTEA.

Accademia Lancisiana di Roma.

Seduta scientifica del 14 aprile 1932.

Complicazione non comune in seguito a drenaggio dell'epatico.

Prof. O. MARGARUCCI. — L'O. presenta una paziente di calcolosi biliare la cui storia clinica è interessante anche per le complicazioni che vennero osservate. Dopo cinque anni di manifestazioni accessionali dolorose (coliche epatiche) si sviluppò un'angiocolite febbrile, con ittero ed acolia, che reclamò un intervento di urgenza (coledocotomia, drenaggio dell'epatico).

Dopo una breve tregua si verificarono una pleurite essudativa, una cisto pielite ed un'artrite purulenta del ginocchio sinistro.

L'esame batteriologico della bile e dell'essudato articolare rilevò presenza del paratifo B in cultura pura e le ricerche sierologiche confermarono l'efficienza patogena del germe isolato.

L'inferma rimessa dalle varie successioni morbose della infezione paratifica di origine biliare, fu sottoposta ad un nuovo atto operatorio, che consistè nell'asportazione della vescichetta biliare calcolosa e nel drenaggio dell'epatico.

In questa occasione venne osservato nel decorso post-operatorio il reflusso attraverso il tubo di drenaggio del contenuto gastro-duodenale, che cessò dopo alcuni giorni.

L'O., nel cercare la spiegazione del fenomeno, ritiene necessarie due condizioni: *a*) rapporto diretto del tubo di drenaggio (branca corta del tubo a T di Kehr) col lume duodenale e quindi col suo contenuto, ovvero stato di ampiezza e permeabilità massima della papilla; *b*) esistenza di disposizioni locali capaci di ostacolare la corrente gastro-duodenale nel suo cammino naturale (compressioni dall'esterno, deformazioni del lume per adesioni, spasmi, ecc.).

In condizioni simili può il contenuto gastroduodenale farsi strada per la nuova via costituita dal drenaggio epato-coledocale.

Casistica radiologica.

Prof. A. BUSI. — L'O. presenta ed illustra molte radiografie, eseguite per cisti dermoide, fleboliti, spasmo dell'esofago, ernia inguinale, diverticoli del colon, appendicite, calcolosi biliare.

Riflessioni sulla natura del cancro.

Prof. U. ARCANGELI. — L'O. crede il cancro una malattia infettiva e contagiosa: il cui virus sia ultravisibile, e viva nei nuclei delle cellule epiteliali ed abbia bisogno di un lunghissimo periodo di incubazione. Questa parte dell'ipotesi è avvalorata dal lungo periodo necessario perchè un'irritazione cronica provochi il cancro, dalla lunga durata delle lesioni precancerose, per il tempo talora lungo che passa tra l'exeresi del tumore e le metastasi. Crede i fatti dimostrativi del contagio più frequenti di quello che si sospetti: ha visti più casi di cancro coniugale che di tubercolosi coniugale, più casi di cancro coniugale che di demenza paralitica, tabe ed aneurismi dell'aorta coniugali; ciò perchè queste manifestazioni della sifilide hanno bisogno di un lungo periodo di incubazione, come per la sua ipotesi il cancro.

Crede necessario isolare i cancerosi e prendere tutte le precauzioni adottate per altre malattie infettive. Ricerche appropriate potranno dimostrare l'ipotesi.

Presero parte alle discussioni i proff. PESTALOZZA, BUSI, ANTONELLI, ARCANGELI, BIASIOTTI, SCOLLO.

Il Segretario: D'AVACK.

R. Accademia delle Scienze Medico-Chirurgiche di Napoli.

Seduta del 9 aprile 1932.

Presidente: Prof. G. BOERI.

Morbo di Duroziez e morbo di Rummo.

Prof. M. LANDOLFI. — Casi di associazione nel medesimo individuo della cardioptosi e della stenosi mitralica pura, per quanto rari, sono stati descritti da diversi autori. Ora l'O. ha avuto occasione di osservare, in due gemelli, diciottenni, eredoluetici, della III combinazione del De Giovanni, siffatta associazione, nella forma più genuina, senza alcuna nota cioè del cuore migrante. Nel momento dell'osservazione la cardiopatia era in ambedue perfettamente compensata, ma occorre avvertire che, all'opposto delle altre forme di stenosi mitralica pura congenita o di stenosi mitralica, associata ad altri vizi valvolari, la stenosi mitralica, associata a cardioptosi, facilmente va soggetta ad iposistolia, quando non si usino grandi riguardi igienico-dietetici. La cura antiluetica s'impone nei due infermi.

Meno interessante, ma pure sotto alcuni aspetti egualmente degno di menzione, sembra all'O. il caso di una giovanetta, inferma sin dalla nascita di cardioptosi e di stenosi mitralica pura, che presenta stigmate di paramalaria.

L'interesse dell'osservazione sta sopra tutto nel fatto che questo è il primo caso di osservazione di stenosi mitralica pura e morbo di Rummo associati di origine paramalarica. Le ricerche embriologiche, dall'O. istituite circa venti anni fa, su feti appartenenti a genitori malarici, ricerche rimaste inedite, e che confermarono le vedute del Rummo, sulla deficienza del tessuto elastico (ugropatia), confermerebbero le sue vedute attuali sulla paramalaria. *Il Segretario.*

Federazione Nazionale Italiana Fascista per la lotta contro la tubercolosi.

Sezione Regionale Siciliana.

Seduta del 10 marzo 1932.

Presidente: Prof. LUIGI MANFREDI.

Il prof. MANFREDI commemora il socio defunto prof. Ugo Soli.

L'alcoolizzazione dei nervi intercostali nelle tubercolosi polmonari bilaterali con vaste caverne.

Prof. NICOLA LEOTTA. — Dopo avere ricordato i princìpi dottrinali del suo metodo di alcoolizzazione dei nervi intercostali, che adopera dall'epoca della sua comunicazione fatta alla stessa Sezione nel 1930, sempre bilateralmente, anche per le forme prevalentemente monolaterali, ed i risultati curativi che da tale metodo si sono ottenuti

nelle più svariate forme di tubercolosi polmonare, anche gravissime, bilaterali, nelle quali non era possibile ricorrere ad alcun altro mezzo collassoterapico, l'O. pone il quesito se lo stesso mezzo curativo sia applicabile anche nelle forme di tubercolosi con grandi caverne. Ricorda come oggi sia ritenuta indispensabile la compressibilità delle caverne perchè possa avvenire la guarigione di esse; mentre le grandi caverne sono a parete rigida, per lo più superficiali, quasi sempre sottosierose ed aderenti alla parete toracica, dalla quale non riesce possibile distaccarle, per la vasta sinfisi pleurica coesistente; cosicchè esse, per unanime consenso dei tisiologi, non possono usufruire del pneumotorace mono- o bilaterale, che, in simili circostanze, non solo non è utile, ma è ritenuto dannoso e spesso disastroso. E poichè il metodo dell'alcoolizzazione dei nervi intercostali mette in un relativo riposo il polmone senza determinarvi alcuna compressione, dottrinalmente queste gravi forme di tubercolosi bilaterali cavitarie dovrebbero considerarsi al di là anche delle risorse curative di questo metodo.

Viceversa l'O. comunica di avere ottenuto magnifici risultati dall'alcoolizzazione bilaterale anche nelle più gravi forme bilaterali, con vaste caverne. Riferisce su 11 di questi casi, fra gli ultimi trattati, tutti con lesioni gravissime bilaterali e vaste caverne, nei quali non era stato possibile il pneumotorace, mostrando le relative radiografie e presentando i malati, che dalla alcoolizzazione bilaterale hanno ottenuto un tale miglioramento da permettere il ritorno al lavoro, con aumento di peso fino a 10 Kg., diminuzione notevole e scomparsa dell'espettorato e della tosse.

Da tali risultati l'O. deduce: che la compressione non è indispensabile, ma che curativamente basti solo un relativo riposo del polmone anche per la gravi forme bilaterali, con vaste caverne, e che queste forme, universalmente considerate oltre il limite di ogni possibilità collassoterapica, possono, mercè l'alcoolizzazione bilaterale dei nervi intercostali, riportarsi fra quelle beneficabili della collassoterapia.

Discussione: G. ARNONE, L. GIUFFRÈ, L. MANFREDI, N. LEOTTA.

Prof. LODOVICO TOMMASI. — *Risultati clinici ed applicazioni pratiche della dieta « tipo Gerson » nella cura della tubercolosi cutanea.*

L'effetto biologico della dieta di Gerson.

Prof. LEOPOLDO BERETVÀS. — L'O. facendo seguito a quanto fu già oggetto di nota e, recentemente, di comunicazione alla Sezione della Sicilia occidentale della Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia, riferisce su 25 casi di lupus vulgaris, trattati con la dieta tipo Gerson. Riporta i dati relativi agli effetti terapeutici, riferendosi a quanto già il Direttore della R. Clinica Dermosifilopatica, e suo Maestro, ha esposto nella precedente comunicazione.

Passa poi a parlare più diffusamente delle ricerche di indole clinica, chimica, dermatoscopica ed istologica regolarmente eseguite. Risulta da esse, concordemente a quanto altri AA. hanno già avuto modo di constatare, che, sotto l'azione della dieta tipo Gerson, diminuisce il contenuto idrico della cute luposa e non luposa; che avviene una diminuzione di Na e Ca ed un aumento del K: che, mentre all'inizio del trattamento si osserva, dermatoscopicamente, il tubercolo luposo completamente al suo contorno, successivamente e parallelamente con il mutare dei reperti clinici, si osserva un miglioramento della irrorazione, in quanto la rete capillare tende ad invadere la zona di tessuto già interessata dal lupoma; che, poco dopo l'inizio della dieta, si osserva una fase reattiva infiammatoria, in sede di focolaio, alla quale segue, con il suo dileguare, la riduzione ed anche la scomparsa del tessuto luposo; che, fin dai primi tempi, si ha una disimbibizione del tessuto luposo ben percettibile non solo con determinazioni di laboratorio ma anche clinicamente; che i germi associati o sovrapposti al lupus vulgaris subiscono, per effetto della dieta, delle riprese di attività anche violenta; che quando non si può raggiungere la guarigione completa con il solo uso della dieta tipo Gerson, l'associazione di mezzi collaterali (raggi ultravioletti generali o locali, Finsen-terapia, diatermo-coagulazione, ecc.), riesce a domare rapidamente la forma luposa.

L'O. ritiene che tale associazione o successione di terapia possa condurre a grandi risultati. La dieta usata e consigliata è sempre bene tollerata dai pazienti, i quali, anzi trovano spiacevole un ritorno alla vittitazione abituale con aggiunta di sale. Non è stato associato alcun medicamento alla dieta ipoclorurata vitaminica salvo, in molti casi, la somministrazione di olio di fegato di merluzzo.

Pleuriti mediastiniche nell'età infantile.

Prof. SALVATORE MAGGIORE. — L'O. dichiara che l'argomento è poco conosciuto e merita di essere attentamente considerato, data la relativa frequenza dell'affezione e la grande difficoltà diagnostica che, fino a poco tempo fa, rivestiva, prima dell'applicazione dell'indagine radiologica in Clinica. Prende in esame esclusivamente le forme tubercolari, delle quali più direttamente si è potuto occupare — trascurando quelle legate ad altri fattori etiologici — del resto più rare. Le pleuriti mediastiniche tubercolari sono riscontrabili in ogni periodo dell'età infantile, ma più specialmente preferite sono la seconda o la terza infanzia. Ora si presentano come manifestazione primitiva, ora costituiscono un epifenomeno di altre affezioni (morbillo, influenza, pertosse).

Dal punto di vista sintomatologico non offrono segni speciali per la diagnosi. Spesso la febbre è l'unico sintoma che richiama l'attenzione; febbre, in generale, non elevata, a tipo irregolare, accompagnata o no da sudore. Lo stato della nutrizione generale appare sempre più o meno compromesso. Può esistere tosse, la quale abitualmente è secca, stizzosa, qualche volta accessionale. Dispnea è stata rilevata, specie in seguito a sforzi di tosse, ed a cambiamento di posizione (decubito orizzontale). All'esame del torace, nelle forme anteriori, si possono rilevare ipofonesi parasternali, mentre, nelle posteriori, la modificazione di suono risiede nelle regioni infrascapolari. Queste modificazioni plessimetriche spesso vengono attribuite ad adenopatia tracheo-bronchiale. All'ascoltazione nulla di rilevante: talora sfregamenti, e accenno a respiro bronchiale. Un fenomeno, spesso rilevato dall'O., è la tendenza dell'infermo alla posizione semieretta e col tronco appoggiato sui cuscini.

Sono stati distinti due tipi di pleuriti media-

stiniche: *a*) forme secche o plastiche; *b*) essudative: Le prime sono caratterizzate da cotenne costo-diaframmatiche e da sinfisi (e, fra queste, debbono principalmente classificarsi le tubercolari), le seconde sono siero-fibrinose e purulente. Esse spesso vengono scambiate con pericarditi e comuni pleuriti. Le forme essudative tubercolari sono siero-fibrinose; le purulente sono legate ad altre infezioni.

Sia quelle del primo tipo (plastiche), sia quelle del secondo (essudative), presentano ora localizzazione anteriore ed ora posteriore. Nelle forme essudative, la puntura esploratrice (come ha potuto rilevare Barberi, praticandola sotto la guida del reperto radiologico), può dare luogo ad emissioni di liquido.

Circa la diagnosi, la temperatura subfebbrile, il decorso subcronico, la compromissione dello stato della nutrizione generale, la mancanza di fenomeni dolorosi, la reazione positiva alla tubercolina, non accompagnata da leucocitosi neutrofila all'esame ematologico, possono fare pensare alla infezione tubercolare. L'unico mezzo di diagnosi sicuro è dato dalla esplorazione radiologica, Questa deve essere fatta in diverse pose. Nelle forme plastiche anteriori si può rilevare un'ombra triangolare, che si confonde con l'aia cardiaca, contornando il margine con un lato, mentre, con l'altro, ne contorna il diaframma. Delle forme plastiche posteriori è caratteristica un'ombra a striscia, che costeggia la colonna vertebrale. Nelle forme essudative anteriori (con versamento modico), l'ombra si addossa a quella del cuore e si porta in basso come una striscia fino al diaframma (Dostot).

Nelle forme essudative (con versamento notevole), la distinzione da un versamento pericardico non sempre è possibile. Nelle forme essudative posteriori si hanno ombre di forma e sede diverse a seconda dell'estensione del processo.

Circa la terapia valgono le cure solite, che si fanno per l'infezione tubercolare attiva. L'attinoterapia dà risultati veramente soddisfacenti. Nelle forme con versamento, l'estrazione del liquido ed il procedimento dell'autosieroterapia hanno buona applicazione.

Prof. VINCENZO FICI e dott. VINCENZO AGNELLO — *Velocità di sedimentazione dei globuli rossi e pneumotorace terapeutico mono- e bilaterale* (relatore il prof. V. FICI).

Prof. GIUSEPPE VERROTTI [per il Dott. G. GUARRALI]. — *Ricerche isto-biologiche e terapeutiche su di un caso strano di lupus volgare ad aspetto psoriasiforme.*

Prof. GIUSEPPE VERROTTI [per il dott. G. GUARDALI]. — *Neoplasia sarcomatosa su lupus volgare*

Il Segretario: Prof. VINCENZO FICI.

Accademia delle Scienze Mediche e Naturali di Ferrara.

Seduta del 7 aprile 1932.

Presidenza: R. TAMBRONI.

La Röntgenterapia nelle suppurazioni pelviche, settiche, gonococciche e tubercolari.

Prof. CESARE MERLETTI. — L'O. riferisce i risultati della sua esperienza sulla röntgenterapia nelle flogosi genito-pelviche di natura tubercolare, gonococcica e settica. Espone i personali criterî che lo hanno, volta a volta, indotto a preferire la irradiazione al trattamento chirurgico. Afferma che la terapia conservativa è ancora troppo scarsamente sfruttata dalla maggioranza degli operatori. Nega ai raggi X una proprietà bactericida diretta, pur riconoscendone la capacità di sterilizzare focolai infettivi.

Sulla comunicazione del socio Merletti prendono la parola MINERBI, TAMBRONI, MALAGODI.

Contro l'opinione di Metchinikoff che l'imene rappresenti una disarmonia della natura.

Prof. CESARE MERLETTI. — L'O. contraddice alle argomentazioni addotte da Metchinikoff per sostenere che l'imene è organo inutile e dannoso; sostiene, per contro, con argomenti tratti dalla anatomia comparata e dalla clinica, che la membrana virginale va considerata come un diaframma protettore dei genitali interni e che il suo sacrificio, compiuto nell'interesse della specie, è dannoso all'individuo.

Sulla comunicazione del prof. MERLETTI prende la parola il prof. MINERBI.

Prof. FILIPPO CALZOLARI. — *Sui composti di alcuni sali metallici idrati con la teobromina.*

I reperti istopatologici dell'ergosterismo negli animali da esperimento.

Dott. MARINO ORTOLANI. — L'animale prescelto fu il ratto bianco, di età varia da uno a quattro mesi; i preparati ergosterinici, usati, furono quelli comuni del commercio (Sterogyl, Vitadol, Yrrasterine, Vigantolo, Oleosterolo, Radiosterina).

Per mezzo di numerose grafiche, foto- e microfotografie, e disegni, l'O. illustra i risultati ottenuti, rappresentati da una gamma di alterazioni, che vanno dai più semplici e lievi fatti degenerativi, alle più gravi lesioni necrotiche, con abbondanti calcificazioni eterotopiche viscerali, e che si prestano a spiegare e conciliare molti dati, apparentemente contraddittorî, riferiti dai diversi autori in questo campo. Sull'andamento di tali esperimenti, hanno dimostrato infatti di avere importanza capitale diversi fattori: grado di attività del preparato usato, età dell'animale, durata dell'esperienza, modo di somministrazione del preparato stesso, fattori i quali devono essere tenuti nel debito conto.

Il Segretario: Dott. E. CHIAPPINI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Sull'endocardite da enterococco.

G. Rosenberg riporta nella *Klinische Wochenschrift*, febbraio 1932, n. 9, pag. 359, un caso di endocardite maligna lenta comparsa in individuo che non aveva sofferto precedentemente di reumatismo articolare acuto e che dall'anamnesi risultava indenne da pregresso vizio di cuore. La malattia iniziatasi il 1-1-1931 terminò il 22-11-1931. La diagnosi clinica fu di endocardite lenta della valvola mitrale e delle valvole aortiche, embolia cerebrale, nefrite a focolai, broncopolmonite. Le indagini bacteriologiche permisero di isolare dal sangue più volte un germe che venne identificato per un enterococco. L'autopsia confermò la diagnosi clinica in ogni parte. Le ricerche bacteriologiche eseguite sul materiale dell'autopsia fecero isolare pure l'enterococco, ma mentre il germe isolato dal sangue in vita si dimostrava termolabile, quello isolato post-mortem risultò termostabile. Dalle ricerche serologiche si potè stabilire che l'enterococco isolato in vita apparteneva al tipo A e quello isolato post-mortem al tipo B.

L'A. pensa che possa trattarsi di una infezione mista da enterococco del tipo A e del tipo B quantunque non si possa escludere la possibilità di un passaggio dello stesso germe da un tipo all'altro.

Dall'esame anatomo-patologico dimostrante numerosi infarti settici l'A. pensa non si possa parlare di endocardite maligna lenta nel senso di Schottmüller e che quindi il caso da lui riportato non debba infirmare il concetto che l'endocardite maligna lenta è dovuta soltanto allo streptococco viridans. E. T.

La puntura lombare nel trattamento dell'ipertensione arteriosa.

M. Hamburger, Jame e Couger (*Paris médical*, 5 dic. 1931) precisano le condizioni in cui la puntura lombare può essere efficace e cioè: 1) per alleviare dei disturbi nervosi ed anche la dispnea parossistica; 2) nei periodi parossistici della tensione arteriosa.

Nel primo caso, tale terapia è stata per un certo tempo classica ed ha dato buoni effetti nella cefalea, nelle vertigini, nella dispnea parossistica, ecc.

Nella seconda condizione, si possono ottenere buoni risultati quando si vogliono avere delle rapide cadute della tensione rachidea ed arteriosa, in modo da allontanare un pericolo imminente. Gli AA. riportano, in proposito, un caso di un cardiorenale, iperteso permanente il quale aveva presentato una brusca esacerbazione di ipertensione arteriosa, contro la quale è stata praticata la puntura lombare. Questa dimostrò l'esistenza di ipertensione rachidea e, per tre volte, potè provocare una rapida caduta della tensione arteriosa mettendo il malato al riparo da accidenti temibili, quali sono quelli che possono aversi nelle crisi parossistiche dell'ipertensione permanente.

Tenuto conto dell'innocuità della procedura, la puntura lombare può costituire in questi casi un mezzo terapeutico d'urgenza e sicuro. *fil.*

Due casi di morbo di Vaquez (policitemia rubra vera) trattati con la roentgenterapia del midollo osseo.

De Meyer e Sluys (*Le Scalpel*, 27 febbraio 1932) riferiscono due casi di poliglobulia trattati con successo con la radioterapia del midollo osseo.

Nel primo caso si trattava di un medico di 52 a., che presentava un dimagramento progressivo (25 Kgr.), astenia, eritrosi spiccata, cefalee specie notturne, dolori alle estremità, turbe visive dell'equilibrio, e ronzii agli orecchi. La pressione arteriosa era 18 Mx e 11 Mn, albuminuria 3,3 ‰.

Aveva presentato anche delle crisi cardiache a tipo lievemente anginoso. I glob. rossi erano 10 milioni ed i bianchi 20.000. Il fegato e la milza erano normali. Stabilita la diagnosi (sindrome di Vaquez-Gaisbok) cioè forma intermedia fra la malattia di Vaquez pr. d. (con splenomegalia) e la sindrome di Gaisbock (con ipertensione e senza splenomegalia) si trattò con la radioterapia semipenetrante sulle ossa. In 81 giorni; 33 sedute, irradiando a tempi distanziati 13 campi e cioè scapole, sterno, colonna vertebrale (cervicale, dorsale, lombare) epifisi omerali, cubitali e radiali, il bacino, epifisi femorali, tibiali e peroneali.

Si ottenne una netta diminuzione del numero dei glob. rossi, sia durante che dopo il trattamento, ed attualmente, due anni dopo l'inizio della cura, ha 3,6 milioni di glob. rossi, è cresciuto di 18 Kg. ed ebbe un notevole miglioramento dello stato generale potendo riprendere le sue occupazioni.

Il II caso era pure un uomo di 52 a., aveva 12 milioni di gl. rossi e 170 di Hb, con notevole ipertensione, splenomegalia, lieve albuminuria ed eritrosi spiccata. Trattato nello stesso modo del primo, ebbe una riduzione del volume del fegato e della milza (senza che questi organi fossero irradiati), ed ebbe come il primo malato, dopo circa due mesi dalla radioterapia, una crisi brusca, con febbre, astenia e rapida discesa del numero dei gl. rossi. A poco a poco più tardi si ristabilì ed attualmente ha 6,1 milioni di gl. rossi, 6.000 gl. bianchi, e 110 di Hb.

Nel trattamento della poliglobulia vera fu proposta anche la radioterapia della milza ma con risultati poco incoraggianti e si spiega: la splenomegalia non è in questi casi primitiva, ma secondaria, dovuta all'esagerata funzione eritrolitica della milza stessa, conseguenza della poliglobulia, la poliglobulia poi non sarebbe neppure dovuta alla sopravvivenza esagerata dei gl. rossi. Per queste ragioni gli interventi sulla milza (splenectomia) darebbero risultati deplorevoli e la splenectomia deve essere scartata così come la radioterapia splenica. Invece considerando il morbo di Vaquez dovuto ad una iperfunzione emopoietica del midollo osseo, è logico agire direttamente su esso cercando di diminuire la sua attività, irradiandolo in totalità ed irradiandolo senza distruggere la sua attività leucopoietica.

Le crisi presentate dagli ammalati verso il 60°-70° giorno, sono spiegate dagli AA. pensando che l'irradiazione del midollo osseo determini una notevole riduzione dell'eritropoiesi, ma non diminuisca però il numero dei glob. rossi, già circolanti: è invece dopo 60-80 giorni, tempo medio di sopravvivenza dei gl. rossi, che si manifesta una rapida diminuzione delle emazie, a tipo di crisi, quando riducendosi i gl. rossi circolanti, si dovrebbe avere il rifornimento da parte del midollo osseo, rifornimento che invece viene a mancare a causa della roentgenterapia.

Secondo i 2 AA. la roentgenterapia del midollo osseo applicata rigorosamente e su diverse porte d'entrata e condotta per 2-3 mesi, costituisce il metodo di scelta nel trattamento della poliglobulia vera. CORELLI.

Contributo alla radioterapia del morbo di Vaquez.

R. Rossoni (*Radiologia Medica*, febbr. 1932) riferisce di un caso di morbo di Vaquez trattato con la cura radioterapica nell'Istituto di Radiologia della R. Università di Roma ed attentamente seguito nel suo decorso per cinque anni. Tre serie di irradiazioni con raggi duri sulle epifisi delle ossa lunghe, praticate a un mese di distanza l'una dall'altra, hanno portato nel caso riferito i globuli rossi stabilmente da 12 milioni per mm.³ ad un tasso pressochè normale con scomparsa di tutti i fenomeni morbosi. Da notare che questo ammalato era stato precedentemente irradiato direttamente sugli organi ipocondrici senza alcun risultato. Il lavoro è bene curato e contiene un'ampia documentazione bibliografica. LIVERANI.

TECNICA RADIOLOGICA.

Contributo alla tecnica della cistografia.

J. Simon e J. Bedana (*Zeit. f. Urol.*, vol. 25, 1931) propongono un mezzo di contrasto costituito da una sospensione di solfato di bario ottenuto per via acquosa da precipitazione del cloruro di bario solubile a mezzo di solfuro di sodio, con aggiunta di gelatina.

La sospensione, secondo le norme del prof. Becka si prepara così: 50 g. di cloruro di bario cristallino vengono disciolti in 500 cc. di acqua bollita e filtrati, 40 g. di solfuro di sodio anidro 0,60 g. dello stesso cristallizzato vengono disciolti in 500 cc. di acqua bollita e filtrati. Alla soluzione di cloruro di bario a caldo si aggiunge in piccole quantità di 20 cc. la soluzione di solfuro di sodio e si agita.

Si ottengono 1000 cc. di un'emulsione bianca di solfuro di bario, che dopo poche ore per sedimentazione si riduce a 500 cc. Si aggiungono allora, agitando a bagno maria, 25-50 g. di gelatina. L'emulsione può essere chiusa in un vaso e sterilizzato con l'ebollizione; si può aggiungere prima 0,1 g. di ossicianato di mercurio.

Questa emulsione si adopera per cistografie dopo averla riscaldata alla temperatura del corpo.

In confronto di altre sostanze adoperate (solfato di bario del commercio, gelobarina) è emulsione, usata dagli AA. in 150 casi senza inconvenienti, presenta il vantaggio che la sospensione è molto fine ed uniforme ed è molto più stabile di quelle comunemente usate. Pertanto non lascia in vescica alcuna incrostazione e può essere usata anche per pielografie. P. STEFANINI.

Dell'urografia al di-iodo-metano sulfonato di sodio.

Secondo Le Fur et Lamiaud (*Bulletins et mémoires de la Société des chirurgiens de Paris*, tome XXIII, n. 17. Seduta del 18-12-1931) il di-iodo-metano sulfonato di sodio, nuovo prodotto francese a base di iodio (nella misura del 68,6 %, mentre l'uroselectan ne contiene il 51,5 %), dà degli ottimi risultati nella diagnosi delle affezioni urologiche. Di questo prodotto ne vengono sciolti 15 gr. in 75 gr. d'acqua distillata e si può adoperare sia per via endovenosa che per via locale. In genere bastano 3 radiografie prese dopo 5, 15, 30 minuti.

Il suo impiego ha una sola controindicazione, quando esiste grave insufficienza renale.

I risultati sarebbero migliori dello uroselectan e dell'abrodil. VITALE.

Valore comparativo dei diversi metodi di colecistografia.

A. Grebe (*Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Ch.*, vol. 43, 1931) esamina i risultati ottenuti, in una pratica di 5 anni e mezzo, dai vari metodi di colecistografia più usati. Tra i metodi orali egli prende in considerazione l'introduzione della sostanza disciolta in mezzo alcalino (metodo di Sandström) o raccolta in

capsule con vari preparati. Poi parla del metodo endovenoso che è il più usato.

Dopo una lunga disamina delle varie tecniche, dei fenomeni di intolleranza e dei risultati, conclude che il metodo migliore sia nei riguardi dei disturbi provocati, sia nei riguardi dei risultati (percentuale di reperti positivi e intensità delle ombre) è il metodo endovenoso. P. Stefanini.

Un particolare quadro radiologico del pneumotorace: il pnx opaco.

G. Torelli (*Radiologia Medica*, febbr. 1932) descrive dodici casi di pnx in cui i normali rapporti di opacità e trasparenza tra polmone collassato e cavo pneumotoracico sono invertiti, in cui cioè, la sacca pneumotoracica è meno trasparente della zona corrispondente del polmone. Egli chiama con felice espressione questo particolare quadro radiologico del pneumotorace: pnx opaco; e lo spiega ammettendo una sinfisi marginale del polmone collassato, tale da dividere il campo pleurico in due parti, di cui, quella corrispondente alla zona libera dal polmone con un processo di pleurite fibrinosa e a volte con deposito di sali di calcio, l'altra senza pleurite.

Liverani.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Sulla questione dell'infezione secondaria da piogeni dei reni tubercolari.

K. Yago *The Tohoku Jounal exper. Med.*, vol. XVII, maggio 1931) fa rilevare che la maggior parte delle ricerche fatte per identificare i germi piogeni associati alla tbc. renale sono state condotte sull'urina vescicale e qualche volta sull'urina renale raccolta col cateterismo. Scarsi sono gli esami batteriologici praticati direttamente sul rene asportato. L'A. avendo praticati esami diretti su 100 casi di tbc. renale e del bacinetto operati nella clinica del Prof. Sugimura, riporta la percentuale delle associazioni batteriche riscontrate.

Dei cento casi studiati solo su 13 ha riscontrato un'infezione secondaria e di questi 10 appartenevano al sesso femminile e 3 erano uomini.

Microbi riscontrati: 3 volte il piocianeo, e le altre lo streptococco, la streptococco Viridans, lo stafilococco aureo, il pneumococco, il proteus, il bacillo faecalis, dei bacilli del gruppo coli, ecc.

L'infez. secondaria del rene t.b.c. può verificarsi tanto per la via ascendente che per quella sanguigna.

È più frequente nelle donne perchè le infezioni surricordate sono più frequenti nelle donne.

In 5 casi su 13 l'A. ha notato degli accessi febbrili (39°-40°) accompagnati da disturbi generali; detti sintomi sono scomparsi dopo la nefrectomia.

Questi casi di reni t.b.c., infettati secondariamente, devono essere nominati: t.b.c. renale infettata o pionefrosi tubercolare infettata.

Scandurra.

Contributo allo studio delle associazioni batteriche nelle lesioni tubercolari del rene.

A. Velo (*Archivio Italiano di Urologia*, volume VIII, fasc. II, ottobre 1931) ha eseguito delle ricerche batteriologiche rigorose sul liquido presente nel bacinetto e nelle lesioni ulcerative in 15 reni tubercolari asportati chirurgicamente.

In 9 casi ha potuto dimostrare la presenza di germi non tubercolari e precisamente 5 volte lo stafilococco piogeno albo, 1 volta il bact. vulgare Hauser, 1 volta associati lo stafilococco albo ed il bacterium vulgare Hauser, 1 volta lo stafilococco piogeno aureo, ed una volta il piocianeo.

L'infezione mista avverrebbe per via endogena o per via ascendente, da reflusso.

Vitale.

Ricerche sulla flora bacterica delle cistiti residue a nefrectomia per tubercolosi renale.

È noto che la nefrectomia per tubercolosi renale non è seguita sempre in tutti gli ammalati dalla scomparsa dei fenomeni cistitici; in alcuni operati infatti essa non apporta alcun beneficio, mentre in altri — dopo un periodo iniziale più o meno lungo di attenuazione o di scomparsa dei disturbi — si verifica il loro ritorno graduale o improvviso.

Velo (*Minerva Medica*, n. 41, 1931) ha pertanto istituito ricerche batteriologiche sulle urine di 52 nefrectomizzati per tubercolosi renale. In 28 di essi — nella percentuale del 53,84 % — ha riscontrato una guarigione completa. Negli altri 24 è riuscito a dimostrare la presenza nelle urine vescicali di germi banali, cinque volte associati a bacilli di Koch. Il focolaio tubercolare venne in questi casi attentamente ricercato ed individuato in due casi nei genitali, in un caso nel rene superstite e in due casi in lesioni della vescica.

Nei casi di cistite banale sono stati messi in evidenza prevalentemente stafilococchi. Non sono stati mai riscontrati anaerobi.

In conclusione tali ricerche confermano i risultati ottenuti da altri AA. e cioè che molte cistiti persistenti dopo la nefrectomia per tubercolosi renale sono semplicemente delle cistiti banali e che pertanto come tali possono esser curate con successo con congruo trattamento.

Giacobbe.

VARIA.

I medici e l'aviazione.

Lo sviluppo attuale dell'aviazione è uno dei fenomeni più caratteristici della nostra epoca: ieri ancora in fasce, essa afferma oggi tutte le sue formidabili possibilità. L'aviazione rivoluzionerà il mondo: che possa farlo in un senso pacifico è la nostra aspirazione.

A questo sviluppo dell'aviazione il medico deve accordare più che uno sguardo di meraviglia: in primo luogo perchè tutti i mezzi di trasporto devono interessarlo; in secondo luogo perchè l'aviazione, per la sua essenza, per le sue possibilità, per la sua portata sociale spesso invade, con i suoi speciali problemi, il campo medico.

Il dott. Gleize-Rambal, pilota egli stesso e appassionato alle cose dell'aria descrive nel num. di febbraio del « Marseille Médical » la bellezza del volo e delle sensazioni che esso procura.

Ciò che caratterizza il volo normale è l'assoluta mancanza di impressioni paurose. È generalmente con apprensione che il neofita prende posto a bordo: il motore è messo a pieno regime, l'apparecchio corre e decolla: da questo momento più nessuna scossa si avverte e, allontanandosi col suolo anche i vari punti di confronto non si ha più l'impressione della velocità. L'apparecchio, che vola sempre a più di 100 all'ora, sembra sospeso nel cielo e i nostri occhi notano con sorpresa una prospettiva nuova, che quasi non fa riconoscere persino i paesaggi più familiari. La discesa non porta, se eseguita convenientemente, altra sensazione che la curiosa visione del suolo che si avvicina e sembra risalga velocemente verso l'osservatore.

Interessante è conoscere gli effetti prodotti sull'organismo dal volo acrobatico. La discesa rapida provoca una spiacevole sensazione di costrizione a livello del cavo epigastrico mentre la *candela*, ascesa brutale, appoggia fortemente il corpo del volatore sul sedile e dà un senso di costrizione retrosternale. I *viraggi sull'ala*, il *rivolgimento*, la *spirale* che comportano una brusca variazione di direzione, provocano invece una particolare sensazione spiacevole, d'origine visiva, dovuta all'impressione di rotazione del suolo.

Quanto al *looping*, contrariamente a quanto potrebbe sembrare a prima vista, esso non produce quasi nessuna impressione. Ci si sente leggermente respinti sul sedile e siccome la forza centrifuga rimpiazza il peso, la sensazione di « testa in basso » non è percepita: solo è curiosa la successione delle immagini di cielo e terra. Le sensazioni suddescritte sono dovute o all'inerzia oppure a stiramento del plesso solare oppure sono di origine visiva o labirintica.

La discesa rapida di qualche centinaio di metri provoca una durezza passeggera dell'udito, fenomeno già conosciuto e che sparisce con qualche movimento di deglutizione che ristabilisce l'equilibrio di pressione fra il condotto uditivo esterno e la cassa del timpano.

Il *male d'aria* è eccezionale e non si vede quasi mai durante un volo normale. In una cabina, durante un viaggio prolungato per cattivo tempo, si produce, in qualche soggetto predisposto, qualche cosa che assomiglia al mal di mare, ma è di questo assai più benigno. In sostanza il volo normale non produce alcun disturbo, mentre le sensazioni provocate dal volo acrobatico spariscono con una assuefazione che è estremamente rapida.

Il pilotaggio degli areoplani moderni è di una facilità estrema; oggi gli areoplani volano da soli: basta non contrariarli. Le soddisfazioni che il volo e il pilotaggio danno sono enormi: il turismo più bello e interessante è indubbiamente quello aereo. Il corpo medico, avido di progresso per necessità professionale e il di cui pensiero ha un così grande prestigio nella società attuale, non può che apportare la sua valorosa collaborazione alla causa delle ali.

« E, — conclude l'entusiasta medico-aviatore marsigliese — se qualche collega vuole farmi l'onore di essere mio passeggero, io avrò piacere di aggiungere alla mia comunicazione, ciò che nei congressi noi siamo soliti chiamare una dimostrazione: gli passerò le leve di comando e, a meno di una speciale immunità, un po' di *virus aereo* ».

G. La Cava

POSTA DEGLI ABBONATI.

Terapia sclerosante delle emorroidi. — All'abb. n. 8631:

Nella comunicazione di Sir C. Gordon-Watson non è indicata la quantità massima di soluzione fenica oleosa al 15 % adoperata da lui. Egli dice soltanto che raramente sono state necessarie più di 3 iniezioni per sbarazzarsi delle emorroidi.

R. Lusena.

Azione dei preparati barbiturici sui reni. — All'abb. n. 8631:

I preparati barbiturici nelle dosi terapeutiche non hanno influenza lesiva sui reni. Sono leggermente diuretici.

Dr.

Al dott. I D. B., da Lanciano:

Bordier: *Diathermie et diatermothérapie.* Baillière, editore, Paris. — Kowarschik: edizione tedesca arrivata alla 6ª in pochi anni; traduzione italiana di Chiozzi e Vidale sulla 4ª tedesca. Trovasi anche presso l'editore Luigi Pozzi, Roma.

E. M.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Il perfezionamento della condotta medica.

I medici condotti devono essere profondamente riconoscenti al Podestà di Spoleto.

Le sue critiche infondate, le sue affermazioni gratuite, le sue parole offensive hanno provocato una giusta reazione: una reazione che non è stata una ritorsione, ma una netta chiarificazione dello stato di fatto.

Il discorso preciso, esauriente dell'On. Prof. Morelli, le dichiarazioni del Sotto-Segretario agli Interni On. Arpinati hanno fatto giustizia di ogni esagerazione, di ogni insinuazione, di ogni calunnia.

Ma si deve essere grati al Podestà di Spoleto non solo perchè egli ha consentito che si facesse ancora una volta l'elogio della condotta e del medico condotto, ma perchè ha suscitata una discussione che ha portato in più ampia sfera e nella sede adatta, fatti, problemi e programmi che fino ad ora erano oggetto di sterili recriminazioni e di vaghe aspirazioni.

Sta di fatto che il Prof. Morelli, con il suo discorso denso di idee e nobilmente misurato nella forma, ha esposto un ponderato programma di ritocco dell'istituto della condotta.

Il programma esposto all'assemblea legislativa non è una difesa incondizionata, vecchio stile, di interessi particolari, ma un insieme di provvidenze intese a conciliare le pressanti esigenze del'assistenza sanitaria con quelle dei medici.

La condotta medica va perfezionata, ma non radicalmente trasformata.

Sopra tutto indietro non si torna.

Riparlare di condotta piena è un non senso, un anacronismo.

Essa è morta e sia ben sepolta.

Il tentativo di elogio funebre è stato efficacemente sventato dal Prof. Morelli che ha ben ricordato agli smemorati, quali erano le condizioni morali e materiali dei medici condotti prima del 1923.

Certo l'istituzione della condotta residenziale deve essere considerata come una prima tappa verso ulteriori perfezionamenti.

L'On. Morelli ha incidentalmente nel suo discorso espresso l'augurio che « i medici fossero totalmente provincializzati o regionalizzati, perchè si possa con trasloco, proporzionato al loro merito, migliorarne la carriera ».

Riteniamo che tale augurio debba essere trasformato in una richiesta concreta.

Il provvedimento è consigliato da ragioni di equità e di disciplina. Esso costituirebbe uno stimolo potente per attivare lo zelo dei medici, per invogliarli ad incrementare la loro cultura.

A differenza degli altri impiegati i medici condotti non possono aspirare a promozioni. La loro attività è spronata quasi esclusivamente dal senso del dovere.

Quale stimolo alla diligenza ed al miglioramento culturale sarebbe il desiderio di rimanere in una residenza gradita o l'ambire ad altra più redditizia o più conveniente alle proprie condizioni?

Purtroppo esiste un'enorme disuguaglianza fra condotta e condotta, disuguaglianza derivante dalle diversità di prestazioni, di disagi, di ambiente topografico e sociale e di compensi.

La provincializzazione o meglio la regionalizzazione delle condotte potrebbe più equamente proporzionare tra loro questi elementi, ma sopra tutto rendere possibili spostamenti in relazione al merito ed alle esigenze dei medici, alle necessità dei comuni.

Un'altra quistione di vasta portata e che richiede sollecita soluzione è quella riguardante le pensioni.

Il Prof. Morelli l'ha tratteggiata magistralmente mettendo in pieno rilievo i suoi riflessi sull'efficacia dell'assistenza sanitaria.

La quistione ha assunto così un interesse sociale.

Malgrado le temerarie affermazioni in contrario, l'ammontare medio delle pensioni è scarso, certo tutt'altro che allettante.

I medici condotti rimangono perciò sulla breccia fino a tarda età, anche quando le loro condizioni fisiche consiglierebbero il riposo, quando la stanchezza e la stasi culturale rendono la loro opera meno pronta ed efficiente.

L'equo trattamento di pensione, senza danno finanziario per i comuni anzi con vantaggio, inietterebbe continuamente linfa sempre fresca e vitale nell'organismo dell'assistenza sanitaria.

Rendendo vacanti periodicamente numerosi posti darebbe occupazione ai giovani medici che le Università gettano sul mercato professionale in quantità eccessiva.

La congestione medica potrebbe in parte essere allentata.

Il Sottosegretario On. Arpinati nel suo discorso conclusivo alla discussione sul bilancio degli interni ha avuto parole di vivo elogio per i medici condotti.

« Il disinteresse dei medici condotti e la loro probità — egli ha detto — sono tradizionali, di facile e universale constatazione. L'azione classista del passato può avere deformato talvolta il carattere di qualcuno di loro, suscitate speranze non conformi alla modestia della vita comunale; ma chi non sa che nella loro grandissima maggioranza, essi hanno fatto, assai spesso, più di quanto era loro prescritto dal dovere e sono stati, oltre che me-

dici del corpo, medici dell'anima, consiglieri, confessori e confortatori e che, non di rado, hanno dato all'esercizio della loro professione un vero senso di carità cristiana? »

Per quel che riguarda la riforma della condotta egli ha dichiarato che con il Prof. Morelli sta studiando il modo di conciliare le esigenze dei servizi con i molteplici interessi della popolazione ed in modo tale da non nuocere allo studio, alla Scienza, alla libera professione.

Dalla collaborazione di chi ha espresso con parole così entusiastiche il proprio parere su i medici e di chi con tanto ardore studia i problemi della classe medica, non si può attendere che il bene ed il giusto.

Pangloss.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ACQUANEGRA SUL CHIESE (*Mantova*). — Scad. 15 lug.; per Mosio; L. 10.000 da ridurre del 12 %; 5 quadrienni dec.; c.-v.; trasp. L. 600; età lim. 40 a.

ANDORNO MICCA. — (Vedi VERCELLI).

BUDDUSO (*Sassari*). — Scad. 20 lug.; per Giosso; L. 10.500 e 4 quadrienni dec., oltre L. 2500 cavalc., L. 1000 arm. farm.; riduz. 12 %.

CAIRATE (*Varese*). — Scad. 27 mag.; L. 9000 dedotte 12 %, oltre L. 200 trasp.

CARMIANO (*Lecce*). — Scad. 15 giu., ore 12; capoluogo; L. 8500 e 5 quadrienni dec., addizion. L. 3 e L. 5, ritenute 12 %; età lim. 40 a. al 25 apr.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi.

CASTELNUOVO MAGRA (*La Spezia*). — Scad. 30 giu., L. 8200 oltre L. 800 uff. san., L. 3000 cav., 10 bienni ventes.

FARRA DI SOLIGO (*Treviso*). — Scad. 31 mag.; 2ª cond.; L. 7480 e c.-v.

FIRENZE. *R. Arcispedale di S. Maria Nuova e Stabilimenti Riuniti.* — Al 10 giu., ore 16; direttore generale sanitario; età lim. 45 a. alla scad.; doc. a 3 mesi dal 26 apr.; tassa L. 50; stip. L. 20.000 aumentab. a L. 24.000, oltre L. 10.000 indenn. carica; c.-v.; deduz. 12 %; alloggio; eventuali compensi extra; divieto eserc. profess. — Direttore con residenza a Careggi; stip. L. 15.400 aumentab. a L. 19.400, oltre L. 4000 indenn. carica. Le altre condizioni come sopra. Chiedere annunzi.

FIRENZE. *R. Arcispedale di S. Maria Nuova e Stabilimenti Riuniti.* — Scad. 31 mag.; aiuto chirurgo; titoli ed esami; età lim. 35 a.; L. 7050 da decurtarsi del 12 %; c.-v.; indennità e proventi regolamentari; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 1° maggio. Chiedere annunzio.

FIUGGI (*Frosinone*). — Scad. 5 giu.; L. 9500 oltre 5 quadrienni dec., c.-v., L. 500 se uff. san.; età lim 35 a.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 27 apr.; stazione idroclimatica.

GEROCARNE (*Catanzaro*). — Scad. 15 lug.; 1° reparto; L. 7500 e 5 quadrienni dec.; cavalc. L. 3000; riduz. 12 %; età lim. 45 a.; tassa L. 50,10.

GESSOPALENA (*Chieti*). — Al 6 giu.; età lim. 40 a. al 28 apr.; doc. a 3 mesi; L. 9000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 500 uff. san.; riduz. 12 %; tassa L. 50. Serv. entro 20 gg. I lavori scientifici dovranno essere regolarmente pubblicati su riviste.

LENTINI (*Siracusa*). *Ospedale Civile.* — Scad. 31 mag.; rivolgersi Segreteria.

MANFREDONIA (*Foggia*). — Scad. 30 mag.; per Zapponeta; L. 10.000 oltre L. 1000 uff. san. e L. 500 arm. farm.; ab. 1000 circa.

OTRICOLI (*Terni*). — Al 21 lug., ore 17; L. 7000 e 5 quinquenni dec., oltre L. 600 serv. att., c.-v., eventualm. indenn. uff. san., L. 2000 motocicletta o L. 4000 automob.; tassa L. 50 all'Esattoria consorziale di Narni; doc. a 3 mesi dal 22 apr. Chiedere annunzio.

PALAZZOLO VERCELLESE (*Vercelli*). — Per titoli. Condotta medico-chirurgica. Stipendio iniziale lordo L. 7000, aumentabile di dieci ventesimi biennali. Indennità di caro-viveri, di trasporto e di ambulatorio. Il tutto soggetto a riduzione del 12 %. Scadenza ore diciasette del 10 giugno p. v. Richiedere avviso alla Segreteria Comunale.

ROCCA PIETRORE (*Belluno*). — Scad. 15 lug.; lire 9000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1000-2000-3500 trasp., L. 500 uff. san., L. 540 ambulat.; riduz. 12 %; tassa L. 50,10.

ROMA. *Ministero dell'E. N.* — Sono aperti i seguenti concorsi per le Facoltà di Medicina e Chirurgia: in Clinica neuropatica e psichiatrica, per la R. Università di Cagliari; in Clinica oculistica, per la R. Università di Modena; in Clinica ostetrica e ginecologica, per la R. Università di Perugia, in Igiene, per la R. Università di Modena; in Istologia ed Embriologia generale, per la R. Università di Bologna; in Medicina del lavoro, per la R. Università di Napoli.

TARQUINIA (*Viterbo*). — Condotta per il 2° rione Tarquinia e Mare. Scadenza 20 luglio. (Vedi prec. n. 18).

TAVERNOLA e PREDORE (*Bergamo*). — Posto di medico e ufficiale sanitario. Per titoli. Condotta consorziale con residenza in Tavernola. Stipendio residenziale L. 8000, con 5 aumenti quinquennali del decimo. Agli effetti di detti aumenti, il periodo di prova (anni due) non è computabile. Indennità per obbligo automezzo: L. 2000; id. di ufficiale sanitario L. 500; id. caro-viveri, di legge. Quote capitarie per i poveri, come da capitolato. Gli emolumenti suddetti sono al netto della riduzione del 12 %, ma sono invece al lordo delle trattenute di ricch. mob.; Cassa Pensioni e Contributo a favore dell'I.N.I.E.L. Età massima anni 40 salvo eccezioni di legge. Domanda e documenti, in bollo competente; e, debitamente legalizzati, quelli rilasciati fuori della Prov. di Bergamo, debbono pervenire entro il 21 luglio al Podestà di Tavernola.

TERAMO. *Congregaz. di Carità.* — Scad. 15 giu., ore 12; aiuto di medicina nell'Ospedale Civile « Vitt. Em. III »; L. 5000 oltre c.-v.; ritenuta 12 %; 15 % proventi tasse di degenza; tassa L. 50; età lim. 35 a.; doc. a 2 mesi dal 16 apr. Chiedere annunzio.

TRAONA (*Sondrio*). — Per titoli ed esami. Consorzio Traona, Mello, Cercino, con residenza in Traona. Stipendio annuo al lordo ritenute Cassa Pensioni e Ricchezza Mobile L. 8500, con aumento di un decimo al compimento di cia-

scun quinquennio a partire dal termine del biennio di prova. Indennità per mezzo di trasporto: L. 3500 se automobile, L. 2000 se motocicletta, L. 800 se bicicletta; indennità di trasferta L. 1400; id. di Ufficiale Sanitario L. 500; id. di caro viveri (eventuali). Tutti i suddetti assegni sono soggetti alla riduzione del 12 % come da R. D. L. del 20-11-1930, n. 1491. Scadenza ore diciotto del 31 maggio. Per chiarimenti, notizie sui documenti ecc., rivolgersi al Presidente del Consorzio Medico in Traona.

Varese. *Amministrazione Provinciale.* — Direttore della Sezione medico-micrografica del Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi. La scadenza di questo concorso è stata prorogata alle ore diciotto del prossimo 30 giugno.

Vercelli. *R. Prefettura.* — Posto di Ufficiale Sanitario pel comune di Andorno Micca. Stipendio L. 7000, più dieci aumenti biennali. Viene inoltre data un'indennità di L. 3500. È ammesso l'esercizio della libera professione. Domande alla Prefettura corredate dai prescritti documenti entro il 15 giugno p. v. Per chiarimenti rivolgersi Prefettura Vercelli, Ufficio Sanitario.

Vicenza. *Consorzio antitubercolare Provinciale.* — Per titoli. Posti di Direttore delle Sezioni dispensariali antitubercolari della provincia di Vicenza, alle dipendenze del Consorzio Provinciale Antitubercolare. Classe I, posti 3, stipendio annuo L. 8000; Classe II, posti 4, stipendio annuo L. 6000; Classe III, posti 1, stipendio annuo L. 4000. Scadenza 30 giugno 1932-X. Documenti di rito; chiarimenti alla Segreteria del Consorzio Provinciale Antitubercolare di Vicenza (presso l'Amministrazione Provinciale).

Vietri di Potenza (*Potenza*). — Scad. 20 mag.; L. 7000; da dedurre 12 %; 6 quadrienni dec.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

Villanova Monteleone (*Sassari*). — Scad. 30 mag.; per Putifigari; L. 10.500; deduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

Concorsi a premi.

Premio Sangalli.

È aperto il concorso fra i medici aiutanti, assistenti, supplenti e praticanti dell'Ospedale Maggiore e degli Ospedali Fate-bene-fratelli di Milano, all'assegno di L. 8000, di Fondazione Sangalli, per recarsi in istituti superiori del Regno o dell'estero, per il periodo di un anno, a perfezionarsi nello studio dell'anatomia patologica. Rivolgersi al Protocollo del Consiglio degli Istituti Ospitalieri. Scad. ore 16 del 6 giugno.

Borse di studio.

Fondazione « Alessandro Lustig ».

È istituita presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia della R. Università di Firenze la Fondazione « Alessandro Lustig » allo scopo di conferire ogni triennio una borsa di studio a favore di un giovane laureato in medicina e chirurgia presso una Università del Regno da non meno di un anno e da non più di quattro anni, che intenda compiere un intero anno di studi in un Istituto di patologia generale o di fisio-patologia sperimentale o di immunologia sia in Italia che all'Estero.

Potranno prender parte al concorso tutti i cittadini regnicoli e non regnicoli, ma la Commissione, a parità di meriti, darà la preferenza in ordine successivo: 1) ai figli dei volontari della Grande Guerra (1915-18) della Venezia Giulia; 2) ai giovani delle famiglie originarie della Venezia Giulia; 3) agli orfani di guerra; 4) a coloro o ai loro figli che combattendo in qualunque modo per la difesa della Patria rimasero invalidi o mutilati.

La borsa di studio sarà conferita per titoli ed eventualmente per esami.

I concorrenti dovranno presentare alla Segreteria della R. Università, piazza S. Marco 2, domanda in carta legale da L. 3 entro le ore 24 del 20 maggio 1933. Alla domanda debbono essere allegati: *a*) certificato di laurea; *b*) certificato di cittadinanza italiana; *c*) certificato di nascita; *d*) lavori manoscritti o stampati coi quali intendono prendere parte al concorso. Sono dispensati dal presentare il certificato di cui alla lettera *b*) gli aspiranti italiani non regnicoli.

La Commissione giudicatrice, nell'assegnazione del premio, darà valore soprattutto alla preparazione del candidato nel campo della Istologia normale e Patologica e della Immunologia.

Il premio unico ed indivisibile, ammontante a L. 12.000, verrà conferito non oltre il 1° novembre 1933.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Associazione Nazionale Dottoresse in Medicina.

La Commissione giudicatrice per l'assegnazione della borsa di perfezionamento Wassermann (lire cinque mila offerte annualmente, composta della dott.a prof.a Myra Carcupino Ferrari, docente di ostetricia e ginecologia nella R. Università di Parma, presidente dell'Assoc. Naz. Dottoresse in Medicina e Chirurgia, della dott.a Maria Malagoli, specialista in pediatria, medico scolastico del Comune di Milano, della dott.a prof.a Giuseppina Pastori, professore incaricato di biologia generale nell'Università Cattolica S. C. di Milano, esaurito il completo esame dei titoli di studio e delle pubblicazioni scientifiche presentate dalle sette concorrenti; dichiara che ciascuna di esse ha dimostrato capacità, serietà, operosità degne di encomio e di incoraggiamento (tutte le lauree sono state conseguite a pieni voti e quasi tutte con lode; tutte le concorrenti hanno diplomi di specialità o di perfezionamento e buone pubblicazioni scientifiche); costata con piacere che quasi tutte le concorrenti occupano posti effettivi in istituti clinici o assistenziali, il che dimostra nel modo più oggettivo quanto sia apprezzata specialmente in tali istituti l'opera della dottoressa in medicina; e de-

libera di assegnare la borsa di perfezionamento Wassermann per l'anno 1932 alla concorrente riuscita prima nella graduatoria dei titoli, dott.a Lidia Pinto, per un anno di perfezionamento in neuropsichiatria infantile nella R. Clinica Neuropsichiatrica dell'Università di Roma.

Ordine della Corona d'Italia.

Commendatori: dott. Alfredo V. Neri, direttore delle Terme di Castrocaro; dott. Enrico Varola.

Uffiziale: avv. Domenico Santo, presidente della Federazione Nazionale Fascista degli Istituti Nazionali di Cura.

Cavalieri: dott. Mario Negri, dott. Edmondo Ciccimarra.

NOTIZIE DIVERSE.

Pel nuovo testo unico delle leggi sanitarie.

Su proposta del Capo del Governo, Ministro dell'Interno, è stato dal Consiglio dei Ministri del 16 marzo u. s. approvato un disegno di legge col quale si conferiscono al Governo del Re speciali poteri per l'emanazione del nuovo Testo Unico delle leggi sanitarie.

Già con alcuni dei vari provvedimenti per la riforma del T. U. delle leggi sanitarie 1° agosto 1907, n. 636, era stato autorizzato il Governo a coordinare e riunire in testo unico tutte le disposizioni vigenti in materia. Senonchè, in sede di elaborazione di nuovo testo, ormai quasi ultimato, si è ravvisata l'opportunità di introdurvi anche disposizioni nuove, sia per dare una trattazione più organica alla materia, sia per colmare alcune lacune riscontrate nella pratica, sia infine per mettere in armonia le leggi sanitarie con le riforme introdotte nell'ordinamento degli enti locali e con le disposizioni del nuovo codice penale.

Era quindi necessario accordare al Governo una nuova e più ampia delega legislativa; al che mira appunto il disegno di legge suaccennato.

Riordinamento nell'Opera Nazionale Maternità e Infanzia.

Il R. Commissario dell'O. N. M. I., gr. uff. Sileno Fabbri, ha diramato una circolare con cui, allo scopo di avviare gradualmente l'organizzazione e il funzionamento dell'opera verso la definitiva sistemazione in conformità alle riforme della legge in corso di elaborazione, si dispone che le Giunte e i Consigli ancora in funzione presso talune Federazioni sono sciolti. I presidenti restano in carica per il disbrigo delle pratiche di ordinaria amministrazione fino alla nomina dei Delegati straordinari. Scadono anche di carica i delegati straordinari attualmente in funzione, i quali provvederanno alla ordinaria amministrazione sino alla loro conferma o sostituzione che avverrà entro il mese di giugno p. v.

Per l'igiene oculare nelle scuole.

Il Bollettino Ufficiale del Ministero dell'Educazione Nazionale nel n. 12 del 22 marzo 1932 pubblica una chiara circolare ai maestri circa l'igiene degli occhi nelle scuole elementari, dimostrante che la vigilanza igienica degli occhi deve essere indirizzata per due punti principali: 1° assicurare la sanità dell'organo per garantire la integrità della funzione visiva; 2° prevenire le malattie contagiose e impedirne la diffusione.

Detta chiare norme per la segnalazione delle imperfezioni visive e delle imperfezioni esterne.

Cinematografia per la propaganda antitubercolare.

La Federazione italiana nazionale fascista per la lotta contro la tubercolosi comunica:

« Già durante la campagna dello scorso anno per il francobollo antitubercolare era stata diffusamente avvertita la necessità di un film breve, vario e di facile interesse che chiarisse alle masse popolari il problema della tubercolosi e, con la suggestione delle immagini vive, incitasse all'offerta fraterna.

La Federazione ha quest'anno, attraverso difficoltà non lievi, realizzato anche questo potente strumento di propaganda per metterlo a disposizione dei Consorzi provinciali antitubercolari e di tutte quelle istituzioni che attivamente partecipano alla lotta antitubercolare. Il film, « Campane a stormo », in edizione sonora e in edizione muta, sulla traccia di una tenue, commovente trama, guida lo spettatore attraverso l'imponente problema della tubercolosi, sotto i molti suoi aspetti, economico, sociale, politico, sobriamente scientifico, mostrando come il morbo possa fronteggiarsi e vincersi e con quale sforzo gigantesco tenda a tal fine l'illuminata opera del Governo Fascista.

Un commento di musica classica rende il film quanto mai commovente e suggestivo. « Campane a stormo » nei prossimi giorni apparirà sugli schermi di tutta Italia ».

Per le stazioni di cura e colonie climatiche.

Il giornale « Le Forze Civili », organo delle Associazioni fasciste del pubblico impiego, dei ferrovieri, dei postelegrafonici, degli addetti alle aziende industriali dello Stato, pubblica due circolari del Segretario del Partito. L'una riguarda le agevolazioni per le stazioni di cura a favore degli inscritti alle Associazioni dei dipendenti statali; l'altra precisa le norme per l'ammissione dei figli degli associati alle colonie climatiche, marine e montane.

Sulla riforma penitenziaria.

Nella seduta del 2 maggio, discutendosi alla Camera il progetto di legge riguardante le disposizioni sulla riforma penitenziaria, l'on. Rocco, ministro della Giustizia, ha dimostrato che il progetto mira a risolvere il problema della rieducazione dei condannati, ricordando che il Governo attua ora, dopo quella penale, la riforma penitenziaria, senza chiedere sacrifici all'Erario. Ha specificato che le attuali disposizioni mantengono la pena afflittiva, ma hanno anche intento di rieducazione e di emenda, che si raggiungono mediante l'istruzione, il lavoro e le pratiche religiose. Il ministro aggiunse spiegazioni sulla parte che si riferisce all'assistenza ai liberati dal carcere, la quale diventa strumento efficace contro la recidiva. Opportunamente il Codice Penale ha istituito i Consigli di Patronato e la Cassa delle ammende.

1° Congresso internazionale sull'asma.

Ricordiamo che è indetto a Mont-Dore (Francia) per i giorni 4 e 5 giugno, sotto la presidenza del prof. Fernand Bezançon. Sono stati fissati 17

temi. Per adesioni e informazioni rivolgersi al segretario generale, dott. J. Galup, rue Auber 19, Paris (IXe).

22° Congresso di idrologia e climatologia. 5° Raduno talassoterapico nazionale.

Come abbiamo annunziato, si svolgeranno a Viareggio e Montecatini dal 25 al 30 maggio. S. E. Benito Mussolini, capo del Governo, si è compiaciuto di assumerne l'Alto Patronato. Relatori saranno: i proff. Camillo Porlezza, Silvestro Baglioni, Giulio Ceresole, Ezio Luisada, C. V. Amoretti, Donato di Vestea, Arnaldo Trambusti, Adriano Valenti, Edoardo Audenino, F. Paolo Sgobbo, l'ing. Torquato Cristofori, l'avv. dott. Naldo Galassi (Milano), il comm. Ernesto Saccani.

Sono accordate molte facilitazioni e sono in programma gite, feste e ricevimenti. La tassa di iscrizione è fissata in L. 50; per i membri della famiglia del congressista in L. 25 a testa (non più di due persone). Rivolgersi al segretario generale prof. Francesco Lenci, via Roma 20, Pisa.

Corso di perfezionamento in ortopedia.

Sarà impartito dal prof. H. L. Rocher, di Bordeaux, dal 20 al 25 giugno. Tassa fr. 200. Per le iscrizioni rivolgersi, non oltre il 1° giugno, al: secrétariat de la Faculté de Médecine, Bordeaux.

Corsi di perfezionamento in oto-rino-laringologia.

Il prof. Portmann, direttore della Clinica oto-rino-laringologica di Bordeaux, terrà un corso di perfezionamento sulla O.-R.-L. in lingua francese dal 4 al 16 luglio ed uno in lingua inglese dal 21 luglio al 25 agosto.

Corso elementare di puericoltura a Foggia.

Per iniziativa del Comitato provinciale dell'Opera Balilla si è iniziato un Corso domenicale di puericoltura per giovani italiane. Svolge interessanti lezioni il dott. Filippo Di Capua, direttore titolare del Brefotrofio provinciale, il quale ha già diretto Corsi del genere.

Federazione della stampa medica latina.

Ha tenuto a Parigi una riunione, in cui è stato deciso che il 3° Congresso si terrà nel 1933, durante le vacanze pasquali, e che gli « Acta Medica Latina » assumano carattere più professionale. Il segretario generale L.-M. Pierra è stato felicitato per l'attività svolta attraverso gravi difficoltà d'ordine economico e politico.

Mostra della stampa medica italiana.

La Stampa Medica Italiana ha avuto largo successo alla XIII Fiera Campionaria di Milano, dove figurò brillantemente nello stand dell'U. S. M. I., fondata e diretta dal prof. P. Piccinini.

Sanatorio nel Trentino.

Il Governo fascista che ha già attuato magnifiche iniziative per la protezione e l'integrità della stirpe, sia nel campo legislativo, sia nella profilassi, sia nella lotta contro le malattie, ha ora approvato e sta realizzando la costruzione di un grandioso sanatorio antitubercolare che sorge a poca distanza da Trento, in una località ridente e pittoresca. I lavori importeranno complessivamente una somma di oltre sei milioni di lire.

Il vastissimo fabbricato è diviso in due corpi: quello d'ingresso per i servizi del sanatorio e quello per le sale ospedaliere vere e proprie. I due corpi sono collegati da un'ala centrale in cui avranno sede i refettori e le sale per altri servizi. Nell'ala a nord del fabbricato avranno sede le sale di accettazione degli ammalati e quelle di visita; alla sinistra gli uffici di direzione e di amministrazione; al centro la portineria, i parlatori, una scala e le camere di sosta per gli ammalati in arrivo. Naturalmente le sale per le visite avranno gli spogliatoi, un gabinetto per le ricerche mediche, una sala per le radiografie e una per la terapia fisica.

Dopo di essere passati nelle menzionate camere di sosta i malati verranno inviati, secondo il sesso, nelle sale dell'ala ospedaliera loro riservata. Dal pianterreno si accederà a quelli superiori con alcune scale comode e ben disposte; inoltre funzioneranno due grandi ascensori, adatti anche per il trasporto in barelle. I malati verranno alloggiati in massima parte in camerate con sei letti ciascuna, munite di enormi finestroni che daranno accesso sull'attigua veranda.

Preventorio antitubercolare di Carraria.

Sulla sinistra del Natisone, a Carraria, in una pittoresca zona collinare, sorge un moderno preventorio antitubercolare, ricavato da un edificio ceduto nel 1927 dalla Società Umanitaria di Milano al Consorzio antitubercolare provinciale di Udine. Nell'immediato dopo-guerra l'edificio era adibito a ricovero di minori malarici; ora i locali sono stati ampliati con servizi adatti ad un asilo profilattico, mercè il cospicuo lascito d'un benefattore, Natale Frova, e i contributi del Comune e della Provincia di Udine.

Attualmente il Preventorio di Carraria è di proprietà della Società udinese protettrice dell'infanzia, che lo ebbe in dono dal predetto Consorzio dopo un anno di sua gestione. Nell'Istituto possono avere comodo ricovero oltre duecento bimbi d'ambo i sessi da 1 a 14 anni d'età, predisposti, per cause ambientali, alla tubercolosi od affetti dal morbo allo stato latente.

Il preventorio consta di tre piani con diciotto dormitori ben arieggiati, uno spazioso refettorio, palestra, bagni, infermeria, sala di medicazione, lavanderia e servizi. L'Istituto è inoltre dotato di aule scolastiche, asilo, reparto rustico.

Adiacenti all'Istituto si stendono sei ettari di terreno coltivati. Il preventorio di Carraria è un vero modello del genere ed esplica con cura amorevole il suo benefico mandato in perfetta rispondenza con le direttive del Regime.

Nuove stazioni sanitarie nell'Agro Romano.

Per il Natale di Roma sono state inaugurate nell'Agro Romano due nuove stazioni sanitarie, a Carroceto e a Lunghezza, le quali attestano la ferma volontà del Governatorato intesa a dotare tutti i più importanti centri dell'Agro Romano di strumenti validamente atti ad arrecare il conforto alle laboriose popolazioni dell'Agro stesso e a presidiarle efficacemente dal pericolo della malaria. La stazione di Carroceto, sorta sulla Via Nettunense nell'estremo limite del territorio dell'Agro, provvista di abbondante acqua, costituirà in quella zona un importantissimo ed efficace centro di profilassi antimalarica. Quella di Lunghezza, edificata in prossimità della scuola che due anni or sono venne inaugurata, era vivamente desiderata dagli

abitanti della fiorente borgata, che è destinata ad ulteriori, progressivi sviluppi, dovuti in parte a generose iniziative private.

Il risanamento igienico, che in obbedienza alle direttive del capo del Governo si va tenacemente ed operosamente compiendo nel territorio vasto dell'Agro per opera del Governatorato, costituisce senza dubbio un giusto titolo di vanto per la civica amministrazione.

Alle Terme di Viterbo.

Il Segretario del P. F. e Commissario straordinario dell'O. N. D., on. Achille Starace, si è recato a visitare i lavori in corso alle Terme di Viterbo. Tali lavori, che consistono nella costruzione di un'ala nuova al fabbricato già esistente, di un ampio garage per il ricovero delle macchine, di una superba piscina natatoria con annesse comode ed eleganti cabine, della copertura del torrente che passa a nord dello stabilimento, oltre a numerose opere interne di abbellimento e perfezionamento, sono ormai ultimati.

Le Terme di Agnano per i sanitari.

La direzione delle Terme di Agnano comunica di avere elevato dal 25 al 50 per cento la riduzione dell'importo d'abbonamento alle cure per i medici, farmacisti, veterinari e loro famiglie.

Viaggio d'istruzione per medici alle Stazioni di cura.

Nel corrente anno vengono ripresi dall'ENIT i viaggi d'istruzione per medici alle Stazioni di Cura, allo scopo di contribure a diffonderne nella classe medica italiana la conoscenza pratica e diretta.

Il 5° V. I. M. avrà luogo dal 6 al 12 giugno 1932, seguendo l'itinerario Porretta Terme-Salsomaggiore-Sirmíone-Roncegno-Levico-Vetriolo-Merano; e sarà diretto, come i precedenti, dal prof. gr. uff. Guido Ruata.

Il viaggio si svolgerà in treno speciale: i partecipanti saranno alloggiati nei migliori alberghi delle località visitate. Sono ammessi al viaggio i soli medici.

La quota d'iscrizione è di L. 475. Per l'andata a Porretta Terme i partecipanti usufruiranno di un biglietto a metà prezzo della tariffa differenziale, valido dal 1° al 6 giugno, e per il ritorno da Merano alla propria residenza d'un biglietto consimile, valido dal 12 al 20 giugno.

Il numero massimo dei partecipanti è fissato in 150, raggiunto il quale le iscrizioni verranno chiuse, in ogni caso non oltre il 20 maggio. Il viaggio non sarà effettuato se le iscrizioni saranno inferiori a 100.

Entro il 30 maggio i partecipanti riceveranno al loro indirizzo i documenti di viaggio.

Nel treno speciale è ammessa una sola valigia per persona.

Rivolgersi all'Ente Nazionale Industrie Turistiche, via Marghera 2, Roma.

Regolamento professionale nella Cecoslovacchia.

La Camera dei rappresentanti della Cecoslovacchia ha preparato un nuovo regolamento professionale, che dovrà essere sanzionato dal Ministro della Sanità Pubblica. Concerne principalmente gli onorarî, la pubblicità e il segreto professionale.

Per il numerus clausus a Erlangen.

Il Consiglio dei clinici della Facoltà medica di Erlangen, di fronte alla pletora e alla proletarizzazione della classe medica, ha proposto la limitazione delle ammissioni agli studi, poichè la maggiore difficoltà degli esami si è dimostrato rimedio inefficace.

Scarsità di giovani medici in Inghilterra.

All'assemblea annua dei governatori del « Rotherham Hospital » venne rilevata la scarsità di medici neo-laureati. Venne deciso che l'ospedale avrebbe stanziato 70 sterline per annunzi e per la ricerca di nuove reclute. (« Lancet », 23 apr. 1932).

Una " casa dello scienziato ,, a Parigi.

Una « casa dello scienziato » in cui sono state allestite una sala di riunione, un ristorante e un centro di informazioni e di studi a uso degli scienziati francesi ed esteri, è stata inaugurata alla Avenue de l'Opéra, in presenza di numerose personalità ufficiali francesi e straniere e di molti rappresentanti del mondo degli studi.

Ronald Ross in Italia.

Il prof. sir Ronald Ross — il quale ha avuto tanta parte nella scoperta della trasmissione della malaria — è venuto a Roma per ragioni di salute. Egli ha visitato la Clinica delle malattie tropicali e subtropicali diretta dal prof. sen. sir Aldo Castellani, in segno di estimazione e di compiacimento verso l'illustre scienziato: è stato oggetto di cordiali attenzioni ed ha espresso il suo plauso per l'organizzazione dell'Istituto.

Il Ross, paralitico, è costretto a muoversi in una apposita carrozzetta.

Associazione chirurgica cubana.

I membri dell'Associazione nazionale di chirurgia di Cuba hanno offerto al dott. prof. José A. Presno il di lui busto in marmo, quale attestazione di gratitudine. Nel ricevere l'omaggio, il prof. Presno dichiarò che in tutta la sua vita si è ispirato al motto latino: « labora sine spes »; dacchè il vero studioso non deve mirare alla gloria. Disse che l'omaggio fattogli doveva andare anche alla compagna della sua vita, la quale lo aveva sempre assistito e sostenuto: la signora Presno, che è nipote del compianto urologo Albarran.

I medici cacciatori della Francia.

I medici appassionati della caccia formano in Francia una società, che ha indetto una riunione in giugno. Presidente ne è il dott. Maurice, rue de Bellefond 1, Parigi; segretario generale il dott. Davesne, rue de la Pompe 125, Parigi.

Concerto A. M. M. I. a Milano.

Preceduto da un vivacissimo raduno in cui furono discussi vari problemi organizzativi e al quale parteciparono i dottori prof. Berri, Piccinini, Sigurini, Bennati, Sacconaghi, Andreoni ecc., si è svolto il 24 aprile il secondo concerto della Associazione Medici Musicisti Italiani.

Scuola di arte medica a Filadelfia.

Presso l'Università Temple di Filadelfia, in dipendenza della Scuola di medicina, si è fondato

un Istituto di arte medica, in cui s'insegna ad eseguire le rappresentazioni grafiche (figure, fotografie, grafici lineari, ecc.); è diretto dal sig. W. Brown Mc Nett.

Vi sono stati organizzati due corsi: uno per medici, studenti in medicina, insegnanti universitari e studiosi che intendano acquistare abilità tecnica nelle rappresentazioni grafiche; l'altro per artisti e studenti di belle arti che intendano specializzarsi nelle reppresentazioni grafiche interessanti la medicina.

Medici assassinati.

Il prof. Gustavo Alexander, reputatissimo oto-rino-laringologo a Vienna, è stato ucciso, a colpi di rivoltella, da uno squilibrato, il quale ha inteso vendicarsi di un'operazione al naso, compiuta molti anni or sono e che egli giudicava mal riuscita, mentre non aveva lasciato che una lieve cicatrice sopraorbitaria.

* * *

Il dott. Szekely, primario nell'Ospedale israelita di Sebenico (Jugoslavia), è stato ucciso da un cliente cieco, il quale dubitava che la propria moglie lo tradisse col medico; il cieco era accompagnato da un amante della signora, il quale ne guidò la mano.

Il delitto politico di Parigi.

Esprimiamo la nostra dolorosa indignazione, in nome dei medici italiani, per l'odioso delitto di cui è rimasto vittima il Presidente della Repubblica Francese, Paul Doumer, da parte di un pazzoide russo il quale, purtroppo, appartiene alla nostra classe.

La morte ha sottratto alla Facoltà medica dell'Università di Parigi uno dei più eminenti maestri: PIERRE TEISSIER, titolare di clinica delle malattie infettive.

Notevoli sono stati i suoi lavori sulla scarlattina, sulla parotite, sulla meningite c.-s., sull'eresipela, sul vaiolo, sull'immunità, sulla pressione arteriosa ed in specie sulla semeiologia cardiaca. Era segretario generale del « Journal de Physiologie ». La Facoltà gli aveva affidato nel 1906 la relazione sulla riforma degli studi medici e poi quella sui concorsi ospedalieri; di quest'ultima il ministero della Pubblica istruzione ebbe ad accogliere tutte le conclusioni.

Durante la guerra la salute del Teissier rimase fortemente alterata, a causa di esperienze sui gas tossici: egli non si è più riavuto.

A. P.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XXXIX Roma, 23 Maggio 1932 - X Num. 21

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

POLICLINICO UMBERTO I - ROMA

IV PADIGLIONE

Primario: Prof. A. MILANI.

L'ipotensione arteriosa ortostatica

per il dott. MARIO TRIPODI, aiuto.

Col nome di ipotensione ortostatica Ch. Laubry e Doumer hanno, affatto recentemente, descritta una sindrome caratterizzata da una caduta brusca della pressione arteriosa che in alcuni individui si determina quando dalla posizione in decubito dorsale essi passano a quella di ortostatismo. La sindrome ha diritto a questo nome solo nei casi in cui la caduta della pressione è profonda e durevole e quando si accompagna a sensazione penosa di barcollamento e di vertigine.

La curiosa sindrome descritta da Laubry e Doumer ci dà ragione di quanto constatammo in un caso caduto lo scorso anno sotto la nostra osservazione e che allora accettammo con molta riserva, nell'attesa di meglio chiarire il nuovo problema di fisiopatologia vascolare che il caso, per incidente, veniva a prospettarci.

Si trattava di un giovane di 22 anni, giornalista, dall'aspetto sano e piuttosto vigoroso. Modico bevitore, discreto ma inveterato fumatore, non aveva mai sofferto malattie tranne che una leggera scarlattina nell'infanzia, superata senza strascichi. Da due anni circa aveva dovuto abbandonare la sua professione per una continua sensazione di molestia al capo ch'egli paragonava a quel particolare stato di confusione e di stordimento mentale che suole accompagnare ogni violento raffreddore.

Su questo stato di continuo malessere, di tanto in tanto, specie dopo prolungata stazione in piedi, s'impiantavano turbe più gravi costituite da ronzio alle orecchie, vertigini e barcollamento, disturbo quest'ultimo che spesso gli procurava dagli amici l'accusa di bere.

Fatto essenziale è che questi disturbi cessavano nel decubito supino e riapparivano più gravi al mattino, appena dopo il suo levarsi da letto. Così che egli aveva preso l'abitudine di leggere soltanto in posizione sdraiata e di riposare senza far uso di cuscino.

Il suo malessere, che non trovava spiegazioni nel quasi perfetto equilibrio funzionale dei suoi or-

gani, constatato in ripetuti esami, anche da clinici stranieri, riconosceva solo motivo di palese aggravamento nell'abuso che spesso egli faceva del fumo.

L'aria satura di tabacco degli ambienti affollati gli diveniva pure molesta, ma l'astinenza dal fumo, varie volte tentata, non gli si rivelò veramente efficace che in una occasione soltanto, quando contemporaneamente, per due mesi, condusse vita al mare, come era solito di fare ogni estate.

Chiamati per procedere ad una puntura lombare, per l'esame del liquor, fu con una certa sorpresa che costatammo come le cifre della pressione arteriosa da noi prese (in posizione seduta) non corrispondevano affatto a quelle registrate in due altre precedenti osservazioni. Tanto più che il divario era forte, gli apparecchi identici e perfetta la funzione del cuore.

Il fatto ci sarebbe rimasto inspiegato se, dopo la puntura lombare ed una certa sottrazione di liquor, non avessimo proceduto ad una nuova misurazione della pressione arteriosa in decubito supino.

Questa volta le pressioni corrispondevano a quelle precedentemente registrate. Messi in sospetto, procedemmo allora ad una nuova misurazione in posizione seduta e per eliminare le possibili influenze della sottrazione di liquor, ripetemmo le misurazioni dopo circa dieci giorni dalla puntura lombare.

Le cifre della pressione arteriosa, pressochè identiche a quelle della precedente misurazione, furono le seguenti (al Vaquez-Laubry).

in decubito dorsale: Mx 140, Mn 70;
in posizione seduta: Mx 110, Mn 50.

Il polso della frequenza media di 65 pulsazioni in posizione coricata, passava a quella di 70-75 in posizione eretta.

Di particolare, all'esame somatico, poteva solo rilevarsi una leggera secchezza con sottigliezza della cute del dorso e del palmo delle mani ed alcune piccole macchie biancastre sullo smalto degli incisivi mediani superiori che, in associazione ad una certa lucentezza dello sguardo e ad una spiccata emotività, giustificata d'altra parte dallo stato di apprensione del soggetto, deponevano in favore di una leggera disfunzione tiroidea.

Aggiungiamo, a complemento della storia, che nulla di particolarmente interessante ci fu dato rilevare nei dati familiari dell'infermo e che l'esame funzionale dei suoi organi, minuziosamente eseguito in laboratori specializzati (dal metabolismo basale al pH e alle prove farmacodinamiche), fornì dati assolutamente oscillanti intorno a valori medi normali.

Consapevoli altresì dell'importanza che in fisiopatologia vascolare è da attribuirsi, per gli studi di Hering e di Heymans, alla zona vasosensibile del seno carotideo, saggiammo nel nostro soggetto la risposta vasomotoria consecutiva all'eccitazione meccanica portata bilateralmente sul seno e alla compressione delle due carotidi primitive. Nessun cambiamento pressorio, di grado rilevabile, potemmo, dopo le suddette manovre, constatare nei distretti arteriosi periferici.

Arguimmo nondimeno, dato che l'esame del liquor si era mostrato negativo e che la sua pressione al Claude era risultata normale, che i disturbi lamentati dall'infermo dovevano porsi in relazione alla speciale forma di ipotonia arteriosa da noi messa in evidenza e pertanto consigliammo all'infermo l'astensione completa dal fumo, l'uso di preparati opoterapici, a base di surrene e cure toniche generali. Sapemmo più tardi che i suoi disturbi, per quanto non completamente scomparsi, si erano emendati tanto da consentirgli una certa attività lavorativa.

Il caso che per molti punti ci apparve interessante, rimase impresso nella nostra memoria tanto più che potemmo metterlo in confronto con altro analogo, ma ancora più caratteristico, citato da Laubry nelle sue lezioni di semiologia cardio-vascolare. Ma non credemmo allora di farne oggetto di studio, nella idea di seguire l'ammalato e di poter meglio controllare il fenomeno in ulteriori osservazioni. Oggi però che appare sull'argomento l'interessante memoria di Laubry e Doumer, crediamo utile non porre altro indugio alla sua pubblicazione.

E infatti il caso nostro ha punti di perfetta analogia con i cinque riportati da Laubry e Doumer. Identica caduta brusca della pressione arteriosa nel passaggio dalla posizione coricata a quella seduta, identici segni funzionali caratterizzati da una sensazione penosa e durevole di confusione e di stordimento mentale, intramezzati da crisi di leggera vertigine e di vaga lipotimia.

Se non che il nostro caso ha questo di caratteristico: la giovane età del soggetto, la quasi perfetta armonia funzionale dei suoi organi e la presenza di un non dubbio fattore eziologico, rappresentato dall'intossicazione nicotinica.

Sull'individualità della sindrome clinica non sembra ci possano essere dubbi; nel nostro caso, come nei cinque illustrati da Laubry e Doumer la successione e la concatenazione dei fenomeni è talmente lucida da non lasciar adito a discussioni diagnostiche.

Se un raffronto deve esser fatto lo si può solo con quei particolari stati di vertigine e di vaga lipotimia cui spesso vanno incontro alcuni giovani soggetti, ad abito astenico, nel levarsi dal letto al mattino o dopo prolungata stazione in piedi.

Ma in questi casi il disturbo è fugace e la caduta della pressione arteriosa, come in due volte abbiamo potuto constatare, poco rilevante ed assolutamente transitoria. Questi sog-

getti sono inoltre degli ptosici e degli ipotesi costituzionali e il disturbo si rende generalmente manifesto nel periodo dell'adolescenza o dopo lunghe malattie febbrili.

È tuttavia probabile che un comune substrato fisiopatologico apparenti questi stati alla sindrome descritta e che tra i due estremi della scala esista tutta una serie di stati di passaggio che rimasti oscuri finora o tutt'al più classificati come isterici, troveranno spiegazione in una ulteriore e più accurata indagine clinica.

* * *

Premesso che allo stato normale deve esistere un meccanismo regolatore per cui si renda impossibile la caduta della pressione arteriosa nel passaggio dalla posizione coricata a quella eretta nelle parti superiori del corpo, anche quando il livello della tensione arteriosa sia regolato al di sopra o al di sotto di quello normale (ipertensione o ipotensione permanente), Laubry e Doumer spiegano il meccanismo dell'ipotensione statica ammettendo che codesto apparato regolatore, preposto al controllo della tensione vasale, sia divenuto durevolmente o transitoriamente insensibile alle modificazioni tensionali derivanti dai cambiamenti di posizione.

Gli AA. localizzano questo apparato regolatore nel seno carotideo ed ammettono ancora, in linea di ipotesi, che questo centro sia divenuto, per neurotonia costituzionale o per lesioni passeggere in esse localizzate, ipoeccitabile agli stimoli tensori che normalmente lo sollecitano; donde una caduta brusca della tensione arteriosa ogni volta che per il passaggio dalla posizione coricata a quella eretta si determina nell'interno delle carotidi uno stato di ipotensione.

Ipotesi questa che però non trova facile spiegazione in quello che noi sappiamo della fisiologia del seno carotideo e della zona vasosensibile cuore-aorta.

Il nervo di Hering che ha origine dal seno carotideo è essenzialmente, come quello di Cyon, un nervo depressore. L'azione pressoria, talvolta constatata nei cani curatizzati e a vaghi sezionati, non può essere interpretata che come una semplice manifestazione dolorosa, e non come la reazione propria del nervo carotideo, il quale ad ogni stimolo che sia solamente fisiologico si dimostra sempre dotato di proprietà puramente depressorie.

Questi dati fisiologici contraddicono l'ipotesi di Laubry e Doumer, per la quale una diminuzione dell'eccitabilità del seno determinerebbe come risposta ad uno stimolo ipotensore (quale si verifica nel sistema delle due carotidi primitive nel passaggio della posizione coricata a quella eretta) una ipotensione periferica. Una diminuita eccitabilità del seno dovrebbe al contrario portare, in armonia con quanto si verifica con l'esperimento negli animali, ad una ipertensione periferica riflessa, per il prevalere, come sembra, di impulsi costrittori partenti dal territorio vasale bulboencefalico.

Per spiegare l'ipotensione ortostatica è necessario allora invocare altro meccanismo.

Dalle esperienze di Tournade, che son venute a completare le ricerche classiche di Fr. Franck, Hallion e Delezenne, si sa che allorquando ad un cane si tagliano i due nervi di Cyon e un nervo carotideo la pressione arteriosa viene istantaneamente e brutalmente ad elevarsi. Ciò che dimostra come esista una tendenza permanente alla ipertensione, tendenza costantemente frenata dal sistema depressore aortico-carotideo.

Le esperienze di Heger, Kauffmann, Spallitta, Frey, ecc. hanno d'altra parte stabilito che delle eccitazioni agenti sui nervi sensibili delle arterie, delle arteriole e dei capillari, possono essere il punto di partenza di influssi pressori efficaci i quali costituirebbero, in qualche modo, gli antagonisti dei riflessi depressori usciti dalle zone vasosensibili del bulbo aortico e del seno carotideo.

Allora è possibile, dato che la pressione, secondo queste teorie, è in definitiva la risultante del giuoco alternato di influssi pressori ed inibitori, che essa possa risultare alterata per un doppio ordine di cause. Cause che agiscono sulle zone vasocostrittorie, sia bulbo-encefaliche che periferiche, rendendondole iper o ipoeccitabili e cause che agiscono sulle zone depressorie, esaltandone o diminuendone la loro eccitabilità.

Ora nel nostro caso, come nei cinque descritti da Laubry e Doumer, dato che è impossibile per le ragioni anzidette pensare ad una ipoeccitabilità del seno, come la sua ipereccitabilità essendo inammissibile poichè non spiega il meccanismo ortostatico del disturbo, è forza ammettere, sempre restando nel campo delle ipotesi, che alla genesi del fenomeno sia di base una ipoeccitabilità dei nervi sensibili dei vasi cerebrali, per cui essi più non risponderebbero con un adeguato riflesso ipertensore alla ipotensione determinatasi per il passaggio dalla posizione coricata a quella eretta.

Che questa ipotesi si avvicini più al vero ce lo dimostra anche il fatto che la pressione

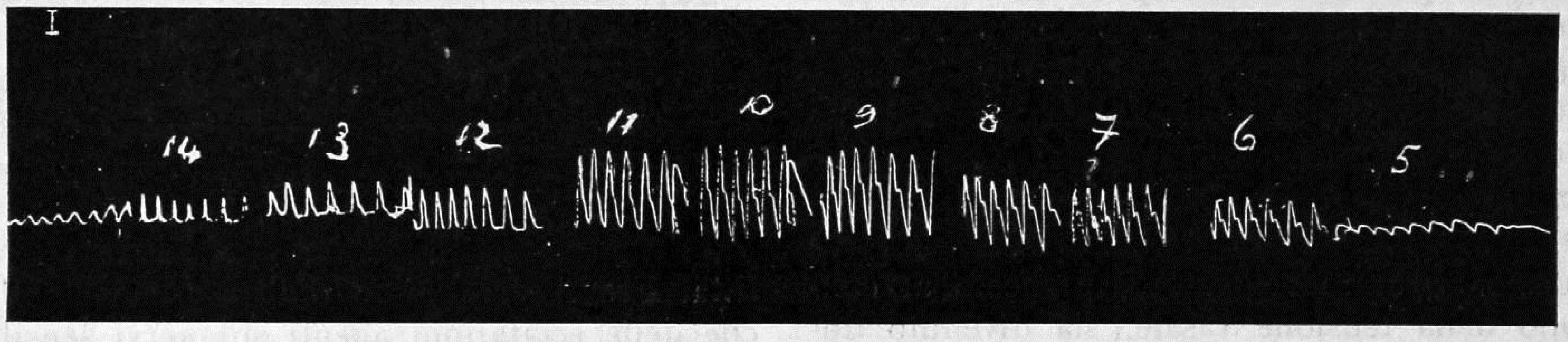
sulle carotidi, nel nostro ammalato, non ha provocato una caduta della pressione arteriosa, come avrebbe dovuto, sia pure in forma appena evidente, se il disturbo avesse risieduto nel seno. Essendo invece la pressione nel circolo cerebrale assicurata oltre che dalle carotidi dal sistema delle vertebrali, si spiega come la manovra della compressione delle carotidi primitive, nella posizione coricata, non abbia potuto riprodurre il fenomeno della caduta ortostatica della pressione.

Un altro fatto è ancora da mettere in rilievo: la dipendenza, nel nostro ammlaato, dei disturbi e della sindrome vascolare dalla intossicazione nicotinica.

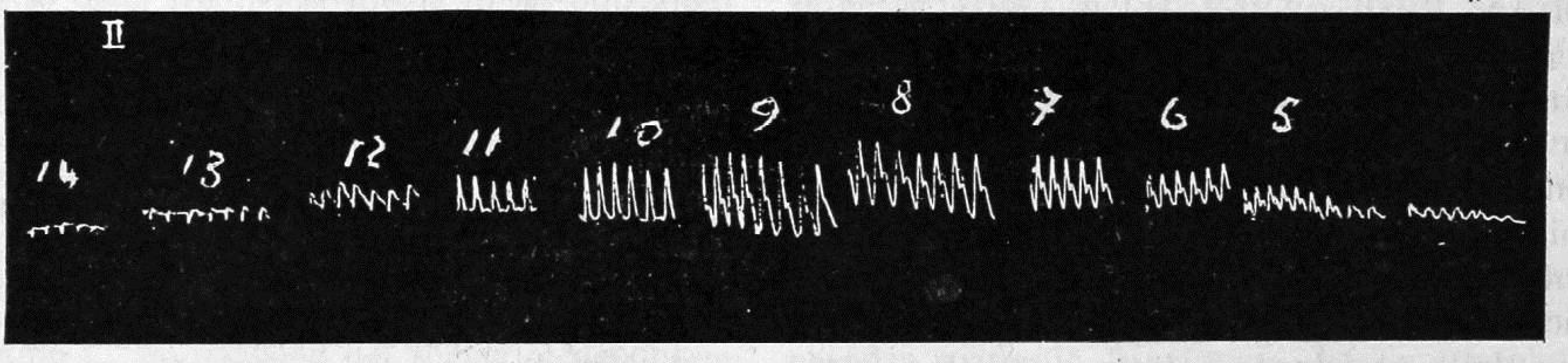
Se una serie di ricerche, in particolar modo quelle di Heger e Kauffmann, hanno messo in

stetizzanti, lasciano adito ad ammettere che anche in patologia umana possano avverarsi fatti consimili.

E poichè è dimostrato che la nicotina è un veleno dei vasi e che nell'intossicazione cronica da tabacco si ha spesso ipertensione arteriosa (Huchard) e talvolta ipotensione (Launder Brunton), nulla ci vieta di pensare, sebbene manchino esperienze decisive in proposito, che questa azione della nicotina possa esplicarsi direttamente sulla parete dei vasi eccitando o inibendo a seconda dei casi, per quel meccanismo ad azione doppia propria a gran numero di veleni, l'estremità sensitiva dei nervi simpatici contenuti nello spessore di essi. Confortano tale ipotesi gli studi di Nicolai e Stahelin i quali, per mezzo di ricerche so-



1) Grafica del polso arterioso in posizione coricata.



2) Id. in posizione seduta.

evidenza come un certo numero di sostanze chimiche (nitrato di argento, acido prussico, ecc.) determinano, se iniettate nelle arterie, una vasocostrizione riflessa con ipertensione, per l'irritazione dei nervi vasosensibili, altre ricerche più recenti (M. Villaret, Justin, Besançon e De Sèze) dimostrano che l'anestesia dei vasi cerebrali, attuata mediante iniezioni di olocaina previa legatura delle giugulari, ha una certa azione di arresto sull'ipertensione embolica normalmente realizzata nei cani in seguito ad iniezioni di un miscuglio di polvere di minio e di licopodio in sospensione in olio cloretone.

Queste esperienze, dimostrando come un disturbo della eccitabilità dei nervi vasosensibili possa essere sperimentalmente realizzato attraverso iniezioni di sostanze irritanti o ane-

prattutto elettrocardiografiche, hanno constatato che alle forti dosi di tabacco segue, dopo pochi mesi, una diminuzione dell'adattamento dei vasi agli stimoli riflessi; il cuore soffrirebbe assai più tardi e probabilmente in via secondaria.

Ora, poichè nel nostro ammalato la dipendenza dei disturbi subiettivi ed obiettivi dall'abuso del tabacco risulta troppo evidente per esser posta in discussione, bisogna ammettere che la nicotina abbia in questo caso agito da tossico dei vasi, sulla base di una speciale e individuale intolleranza.

Intolleranza tanto spiccata da risentire, come dalla storia appare probabile, l'influenza del fumo di tabacco di cui sono normalmente impregnati alcuni ambienti cittadini.

Lungi da noi l'idea tuttavia di voler gene-

ralizzare e di volere, sulla fede di un singolo caso, rompere una lancia in favore delle teorie che fanno della ipertensione o ipotensione arteriosa idiopatica un disturbo primitivamente riflesso di origine vasale.

È però intuitivo che, ove si possa attribuire ad un fenomeno un determinato meccanismo, questo debba pure riconoscersi efficiente per quei casi dal cui fondo generalmente il fenomeno si distacca e che hanno del fenomeno le caratteristiche essenziali.

ADDENDUM.

Dopo circa un anno dalla primitiva osservazione, abbiamo ancora potuto rivedere l'infermo. Diamo i tracciati grafici della sua pressione arteriosa, nelle due posizioni coricata e seduta (v. grafiche).

Gli sbalzi della pressione non sono oggi molto alti, ma sono tali tuttavia da risultare ancora caratteristici.

L'infermo non ha mai smesso di fumare tranne che per periodi molto brevi. Ma per la minore caduta della pressione e forse per un provvido e individuale adattamento tollera oggi, meglio che per il passato, i suoi disturbi.

RIASSUNTO.

L'A. studia un caso di ipotensione arteriosa ortostatica, di cui riporta le grafiche. Ne discute il meccanismo, alla stregua delle moderne vedute sulla fisiopatologia del seno carotideo e dei nervi vaso-sensibili bulbo-encefalici, e fa risalire la genesi del disturbo al fattore nicotinico, verso cui l'infermo si mostrava particolarmente sensibile.

Conclude che in un campo così recente di studi è prudente affacciar solo delle ipotesi. È già molto tuttavia che a fenomeni così oscuri si possa dare oggi una base fisiologica, resa plausibile dall'esperimento.

BIBLIOGRAFIA.

CH. LAUBRY. *Leçons de sémiologie cardio-vasculaire.* C. Doin, édit., Paris, 1924, p. 339.

CH. LAUBRY et ED. DOUMER. *L'hypotension orthostatique.* La Presse Médicale, 6 janvier 1932.

H. E. HERING. *Die Karotissinus. Reflexe auf Here und Gefässe. Steinhopff.* Dresde et Leipzig, 1927.

H. E. HEYMANS. *Le sinus carotidien et le nerf de Hering.* Lyon Médic, 27 juil, 1930.

M. VILLARET, L. JUSTIN, BESANÇON et ST. DE SÈZE. *Sur les effects cardiovasculaires des embolies cérébrales expérimentales.* La Presse Méd., 30 septembre 1931.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE DEL LITTORIO IN ROMA
PADIGLIONE FLAIANI
Primario: L. URBANI.

Contributo alla patogenesi e alla cura dei diverticoli esofagei.

Dott. M. MARGOTTINI.

Intendo parlare soltanto dei diverticoli faringo esofagei, da Zenker chiamati diverticoli da propulsione, ed i soli che abbiano importanza chirurgica.

La loro sede abituale è la porzione iniziale dell'esofago cervicale, al confine tra questo e il faringe. Questa regione è debole e per la sua ristrettezza, e per la presenza sulla sua parete posteriore di una zona triangolare dove la muscolatura è rappresentata soltanto da fibre circolari. Essa comincia al margine inferiore della cartilagine cricoide.

Mosher però, con lo studio radiografico comparativo di due diverticoli e di pezzi anatomici freschi comprendenti faringe e laringe riempiti di bario, potè accertare che il loro orificio di comunicazione con l'esofago era situato in corrispondenza del bordo superiore della cricoide.

In questi due casi l'ernia era avvenuta al di sopra della zona debole, tra le fibre più basse del costrittore inferiore del faringe.

La patogenesi dei diverticoli è molto discussa.

Tutte le teorie enunciate in proposito possono ridursi fondamentalmente a due. Una che ritiene il diverticolo una affezione acquisita, un'ernia della mucosa e sottomucosa attraverso le fibre muscolari assottigliate e dissociate.

Il reperto di lipomi in corrispondenza di questa regione (Aschoff) renderebbe ancora più suggestivo il paragone con le porte erniarie addominali ed i lipomi perisacculari.

L'altra teoria fa del diverticolo una lesione congenita, basandosi sul reperto istologico che in alcuni casi ha mostrato presenza di fibre muscolari su tutta la parete della sacca: si tratterebbe di una faringectasia il cui primo abbozzo è da ricercarsi in un disturbo di sviluppo. Per quanto secondo Kraas, sia la teoria congenita che sta guadagnando terreno, non è men vero che neanche nei sette casi di Schmieden da lui comunicati fu trovato un rivestimento muscolare continuo della parete, e che il reperto di diverticoli ritenuti congeniti

è raro all'autopsia. (Gianni 2 casi su 29 diverticoli trovati in più di 26.000 autopsie).

Inoltre, sembra strano che un'affezione congenita si manifesti e dia disturbi soltanto nella tarda età, tanto più trattandosi di lesioni che per la loro sede non potrebbero restare a lungo latenti. Gianni fa rilevare giustamente che la preponderanza dei diverticoli nel sesso maschile (80 % dei casi) è un altro argomento in favore di un'affezione acquisita. Il fattore meccanico della pulsione è ammesso da ambedue, ma considerato fondamentalmente nella teoria della lesione acquisita, ha importanza soltanto per l'ulteriore sviluppo della sacca della teoria congenita. Nel cadavere, secondo Mosher, è facile creare un diverticolo artificiale: spingendo con la punta del dito si riesce a invaginare la mucosa e sotto-mucosa del triangolo di Laimer.

Io ho ripetuto l'esperimento, ma due volte su tre ho ottenuto l'ernia della mucosa e sotto-mucosa soltanto quando la pressione aveva lacerato per distensione alcune fibre muscolari.

Per spiegare come questo avvenga nel vivo però, è necessario trovare qualche causa che determini tale estroflessione, dato che la zona debole triangolare rappresenta una disposizione anatomica normale, e non un'anomalia.

La cricoide in avanti, e la colonna vertebrale indietro, permettono una espansione pronta della bocca esofagea soltanto ai lati, così che una asimmetria dell'imbuto faringeo inferiore spostando dal suo centro lo sforzo muscolare della deglutizione potrebbe ripartire in modo ineguale la spinta del bolo alimentare proiettato contro la zona debole della parete esofagea.

Ma l'asimmetria della bocca esofagea e anche della cartilagine tiroide e dei seni piriformi è un reperto frequente nel cadavere (Mosher), onde non è probabile che essa sia dovuta a trauma, nè che abbia importanza nello sviluppo dei diverticoli. D'altra parte non è l'ingresso esofageo che sostiene l'urto del bolo alimentare, bensì il mesofaringe, di dove poi il cibo scivola verso l'esofago. Bocca esofagea ed ipofaringe sono sottoposti quindi soltanto alla pressione che si determina al loro livello durante la deglutizione, e che in certe circostanze può aumentare in modo eccessivo.

I fattori meccanici ai quali si è data importanza nella formazione dei diverticoli possono riunirsi in due gruppi. Il primo comprende gli ostacoli alla regolare discesa del cibo: stretture acquisite e congenite del lume esofageo; esofagospasmo da corpo estraneo (Ludlow), da incarceramento di frammenti voluminosi di cibo che nella deglutizione affrettata non riuscirebbero ad entrare nella bocca esofagea (Kilian, Kloiber); alterazione di uno dei semi piriformi per ulcerazioni traumatiche o infettive locali che alterando la meccanica della deglutizione porterebbero ad una dilatazione sacciforme del recesso (Mosher).

Il secondo gruppo riunisce quelle condizioni che aumentano la pressione dell'aria espirata: il tossire, il suonare strumenti a fiato (Rosenheim).

Tutte queste cause agiscono dissociando, e in parte anche lacerando le fibre muscolari, della zona debole. Affinchè questi fattori pressori possano portare alla formazione di un diverticolo, debbono di necessità agire ripetutamente.

Particolarmente dubbia mi sembra l'importanza dell'esofagospasmo da arresto di boli voluminosi, giacchè per la sua produzione in modo continuativo, dovrebbe invocarsi una lesione nervosa centrale che alterasse la deglutizione, lesione riscontrata così eccezionalmente da non poter avere valore nel maggior numero dei casi. Lo stesso può dirsi di quasi tutte le altre cause invocate se si considerano isolatamente, ad eccezione delle lesioni traumatiche o infettive locali che alterano la struttura anatomica della parete del faringe esofago. Negli altri casi, probabilmente concorrono più fattori alla formazione del diverticolo.

Uno dei più comuni e perciò dei più importanti mi sembra la stenosi della bocca esofagea da ingrossamento della cricoide. Il diverticolo da pulsione è un'affezione dell'età avanzata — in maggior numero dei casi riguarda individui dai 55 anni in su — epoca in cui la cricoide sta completando il suo normale processo di ossificazione. Questa stenosi porta già da sè a una minore resistenza della parete esofagea a sua volta infiacchita dall'età. Se ad essa si somma l'azione di un fattore pressorio, ad esempio, che agisca ripetutamente, la ernia della mucosa esofagea potrà avvenire con facilità.

Questo credo sia accaduto in un caso occorso alla mia osservazione del quale riassumo brevemente la storia.

Il paziente C. G., uomo robusto, di 56 anni, possidente, soffre di faringite e otite cronica da circa 30 anni.

Da quasi otto anni disfagia, e senso di titillamento al faringe per cui esplodevano colpi di tosse stizzosa, seguiti spesso da emissioni di residui alimentari.

Questi disturbi si sono accentuati a mano a mano. Non vomito. Nega lues.

Entra in ospedale il 25 giugno 1931, viene operato il giorno 30 e dimesso il 10 luglio seguente.

L'esame radiografico eseguito prima dell'operazione dimostra una grossa immagine diverticolare, poco al di sopra del punto di passaggio tra esofago cervicale e quello toracico.

La cricoide è completamente ossificata.

Il diverticolo asportato, grande quanto un'arancia, ha una capacità di circa 100 cc.; il suo orificio di comunicazione ha le dimensioni di una moneta da mezza lira. L'esame istologico (prof. Nazari) — colorazione con ematossilina-eosina, e con il van Gieson — mostra presenza di fibre muscolari striate in corrispondenza del colletto della sacca. Esse mancano nelle sezioni del fondo e del resto della parete.



FIG. 1.

Questo caso sembra dunque portare un nuovo contributo alla teoria della origine acquisita dei diverticoli da pulsione.

Si trattava di un faringocele, come dimostrò l'esame istologico e l'ernia della mucosa esofagea fu probabilmente il risultato del fattore pressorio tosse, causato dalla faringite che durava da anni, al quale si sommò la stenosi della bocca esofagea da ossificazione precoce della cricoide. Se si eccettuano i casi di Schmieden, quasi tutte le osservazioni più recenti di diverticoli esofagei, sono studiate da punti di vista unilaterali, prevalentemente di tecnica operativa, e non servono di appoggio, nè all'una nè all'altra delle teorie patogenetiche.

Soltanto con lo studio completo dei casi, corredato dall'esame istologico sistematico dei diverticoli che si asportano, sarà possibile decidere quale delle due teorie debba essere giudicata esatta, o se a seconda dei casi, ambedue siano vere.

La cura dei diverticoli esofagei da propulsione è chirurgica. Il trattamento medico di aspirazione del contenuto della sacca, e di lavaggi disinfettanti ha soltanto valore di preparazione all'intervento.

Per questo scopo la sonda esofagea va usata cautamente per evitare perforazioni, specialmente nei diverticoli a pareti sottili o infiammate. Più sicuro è l'uso dell'esofagoscopio. I metodi operatori per la cura dei Diverticoli sono principalmente cinque:

1) Abboccamento alla pelle: il D. isolato fino alla base viene suturato ai margini della ferita cutanea, senza interessare con i punti

la mucosa diverticolare. Dopo dieci, dodici giorni si apre il D., se ne asporta la mucosa fino all'imbocco esofageo che si lascia obliterare la sacca per 2ª intenzione.

Lahey avrebbe così avuto buoni risultati in vari casi.

2) Diverticulopessia: Il D. viene isolato e obliterato dal fondo, poi fissato alle parti vicine, (periosto dello joide, König). Coquelet lega il colletto della sacca che viene attirata verticalmente in alto e suturata ai muscoli vicini. Il fondo è portato alla cute e esteriorizzato lievemente in modo da poterlo drenare se necessario. La ferita cervicale viene suturata a piani su un drenaggio di garza. Questo metodo che potrebbe chiamarsi di pessia verticale retrograda obliterebbe completamente il diverticolo e impedirebbe l'ingresso di cibo in esso.

3) Invaginamento del diverticolo dopo preparazione di esso, affondandolo con sutura a duplice strato. Il diverticolo invaginato si atrofizza.

4) Introflessione a mezzo dell'esofagoscopio: metodo usato da qualche specialista negli S. U. A. ma oltremodo pericoloso, come dimostrano le perforazioni che ha provocato, e tutt'altro che radicale essendo ovvia la probabilità di una recidiva.

5) Estirpazione del diverticolo.

Operazione in due tempi.

Isolamento e legatura del colletto della sacca che viene circondata con garza o con sottili fogli di gomma. Sutura parziale della ferita. Il diverticolo si stacca poi spontaneamente per necrosi delle sue pareti. (Goldmann, Bobbio, Mc. Quillan).

Heyd, de Witt Stelten isolano il diverticolo, lo esteriorizzano quanto più è possibile, e lo suturano, ai margini della ferita. (Secondo Lilienthal, in pazienti in condizioni gravi, l'intervento può limitarsi a questo primo tempo che ha dato buoni risultati in qualche caso). Dopo sette giorni riaprono l'incisione, isolano il sacco e lo sezionano in vicinanza dell'esofago, dopo legatura del colletto che introflettono affondandolo con duplice sutura. Chiusura dell'incisione cervicale senza drenaggio.

Estirpazione in un tempo: Dopo isolamento del diverticolo si seziona il colletto fra due legature: si può invaginare il moncone nell'esofago (Nicoladoni). Sutura a più strati della muscolatura esofagea. (Wheeler 1886; Kocher; v. Bergmann).

L'incisione cutanea eseguita dalla maggioranza dei chirurgi è quella verticale presternocleidomastoidea. Grignani, ritiene meno lesiva per i vasi, l'incisione dietro il muscolo. Schmieden ha usato il taglio a collare di Kocker dal lato ove sporge il diverticolo. L'accordo è unanime nell'impiego della anestesia locale che mette più sicuramente al riparo dalla polmonite da aspirazione.

La gastrostomia preventiva per sollevare le condizioni del paziente, praticare l'antisepsi preventiva del diverticolo e tenere l'esofago a riposo durante la guarigione della ferita, sembra un intervento sproporzionato allo scopo, giacchè si può raggiungere lo stesso fine con l'uso della sonda di Einhorn, con i lavaggi della sacca e la scrupolosa antisepsi della bocca. Non è stata usata che da pochi chirurgi: la sua unica indicazione è uno stato grave cachettico del paziente.

La molteplicità dei metodi operatori seguiti nella cura dei diverticoli esofagei trova la sua ragione nell'intento di evitare la complicanza post-operatoria più temibile dopo interventi sull'esofago: la mediastinite così spesso letale.

Ma tutti questi metodi, eccetto l'estirpazione, non mettono sicuramente al riparo da recidive e stenosi — specialmente la pessia e l'introflessione — (le quali poi sono possibili soltanto in caso di diverticolo poco voluminoso).

Coquelet eseguì la pessia retrograda in un diverticolo lungo circa 12 cm. ma fu costretto, a riaprire l'incisione cervicale, e ad asportare a pezzi il diverticolo che si era necrosato. L'estirpazione in due tempi crea delle aderenze che mettono certamente al riparo da una mediastinite, ma prolunga di molto il periodo di cura e dà luogo quasi sempre ad una fistola che impiega dalle due alle dieci settimane per chiudersi. La fistola si è avuta anche in seguito a semplice introflessione del diverticolo. (Matthews).

L'estirpazione in un tempo conta già molti successi per dover essere considerata metodo di scelta. I casi trattati in questo modo pubblicati negli ultimi anni, dimostrano che il pericolo della mediastinite, per quanto possibile, non è tanto da temere.

Per prevenire l'infezione e la fistola Trotter conserva nella dissezione tutti gli elementi muscolari della sacca, che addossa poi alla sutura mucosa dell'orificio.

Grignani scolla un tratto di mucosa diverticolare e lo introflette nell'esofago.

Schmieden fa una sutura continua della mucosa, seguita da doppia sutura ribattuta della muscolare sulla quale addossa poi la

capsula del diverticolo. In circa la metà dei casi ebbe fistola che si chiuse in meno di 15 giorni. L'estirpazione in un tempo dà luogo in quasi 50 % dei casi ad una fistola, la quale per altro sembra guarire più rapidamente di quella che segue alle operazioni in due tempi.

L. Urbani ha trattato il suo caso con l'operazione in un tempo, usando la tecnica seguente:



FIG. 2.

Anestesia locale novocainica.

Incisione lungo il margine anteriore dello sterno-cleido-mastoideo dall'altezza dello joide allo sterno, arcuandone lo estremo inferiore in fuori e in dietro sì da scoprire l'inserzione inferiore del muscolo. Incisione della guaina del muscolo, e spostamento di questo all'esterno, insieme al fascio nerveo-vascolare del collo.

Isolamento del bordo superiore del m. omoioideo e sezione di esso tra due legature i capi delle quali si lasciano lunghi. Sezione dell'aponeurosi cervicale media dall'alto in basso: questa è repertata con pinze di Péan. Legatura della vena tiroidea media.

Il diverticolo grande quanto un'arancio presenta spesse aderenze della sua capsula alla tiroide e alla fascia cervicale media e profonda: si sezionano e si isola il diverticolo dalla sua capsula.

Spostando medialmente il lobo sinistro della tiroide e la trachea si vede il N. ricorrente. Si continua cautamente la dissezione del colletto del diverticolo fino al suo impianto, situato posteriormente e a sinistra sulla parte terminale dell'esofago cervicale. Verso l'angolo inferiore della ferita, è visibile l'ingresso al mediastino posteriore, che si chiude addossando con punti staccati l'aponeurosi cervicale media e il ventre anteriore dell'omoioideo alla fascia prevertebrale. Si circoscrive il diverticolo con pezze sterili: se ne schiaccia il peduncolo, con lo schiacciatore di Payr e si seziona tra due legature: si asporta la sacca. Si introflette il monconcino nell'esofago e si sutura a due piani la muscolatura esofagea

addossandovi sopra la capsula del diverticolo. Sutura della ferita a strati drenando con un piccolo zaffo di garza iodoformica.

Decorso postoperatorio normale: lieve rialzo termico il primo giorno. Il paziente venne nutrito, a mezzo della sonda di Einhorn per i primi quattro giorni.

Tolta questa, fu tenuto a dieta liquida per altri dieci giorni. Lo zaffo venne tolto, in quinta giornata. Il paziente lasciò l'ospedale in 10° giornata, senza che si fosse mai osservato uscita di liquido dalla ferita che cicatrizzò completamente in 15 giorni.

Molto utile si è dimostrato l'uso della sonda di Einhorn a permanenza introdotta nello stomaco 24 ore prima dell'operazione per dar tempo al p. di abituarvisi. Essa ha permesso l'alimentazione del p. nei primi giorni dopo l'intervento senza timore d'inquinare la sutura con gli alimenti, e senza dar luogo a ulcerazioni da decubito dato il suo piccolo calibro. La disinfezione del diverticolo prima dell'operazione fu praticata mediante lavaggi con acqua salicilica 1 %; venne praticata disinfezione della bocca che fu continuata anche dopo l'intervento.

Ripetendo l'operazione sul cadavere ho studiato una piccola modificazione alla tecnica suesposta per rinforzare ancora di più la sutura esofagea.

Sezionata l'aponeurosi cervicale media verticalmente, essa viene incisa anche lungo il margine del ventre anteriore del m. omojoideo. Il muscolo, così liberato acquista una grande mobilità. I fili dell'ultimo piano della sutura esofagea lasciati lunghi, vengono passati attraverso l'estremo libero del ventre muscolare che viene così fissato a ridosso di essa.

RIASSUNTO.

L'A. porta un contributo alla patogenesi e alla cura dei diverticoli da propulsione dell'esofago, di cui riferisce un caso.

Per la patogenesi: l'assenza di fibre muscolari striate sul fondo e sulla parte intermedia della sacca ha dimostrato trattarsi di un faringocele, cioè di un'ernia della mucosa e sottomucosa che nel caso in esame, era avvenuta attraverso le fibre circolari del triangolo di Laimer.

La causa determinante la formazione del diverticolo è probabilmente da ricercarsi, in questo caso, nel progressivo afflosciamento della muscolatura esofagea in seguito all'aumentata pressione dell'aria espirata e all'ossificazione precoce della cricoide.

Per la cura chirurgica: è un altro successo della estirpazione in un tempo. La tecnica seguita sembra mettere al riparo, con maggior sicurezza dal pericolo della mediastinite e della fistola. I suoi tempi fondamentali sono la sutura dell'aponeurosi cervicale media a quella profonda, che sbarra il passo al liquido che potrebbe eventualmente filtrare attraverso una fistola esofagea e farsi strada nel mediastino posteriore seguendo la fascia prevertebrale. Lo schiacciamento del colletto del diverticolo e la sutura dell'esofago a più piani.

Ma poichè la possibilità di una fistola, sia pure di breve durata, sembra sussistire in un discreto numero di casi anche dopo una sutura esofagea corretta, la proposta di rinforzarla con l'addossarvi sopra il muscolo omojoideo sembra una modificazione utile.

BIBLIOGRAFIA.

MOHR e STAELIN. *Trattato di Medicina Interna.*
V. BERGMANN. *Trattato di Chirurgia.*
KAUFMANN. *Anatomia Patologica.*
ASCHOFF. Ibid.
MOSHER. The Laringoscope, 1924.
O. GIANNI. Archivi It. di Otol., 1929.
GRIGNANI. Il Policlinico, 1931, pag. 455.
POZZI. Ibid., 1931, n. 40
BENSAUDE GREGOIRE GUENEAUX. Ibid., 1922, p. 1276.
CAUCCI e MONTANARI. Ibid., 1922, pag. 1050.
BOBBIO. Ibid., 1922, pag. 1403.
HEYD. Annals of Surgery, 1929.
DE WITT STETTEN. Ibid., 1929.
S. MC. QUILLAN. Ibid., 1930.
COQUELET. Journal de Chirurgie, marzo 1931.
GORDON TAYLOR. Procedings of the R. Soc. of Medicine, vol. XXIV, n. 4, april 1931.
KRAAS. Klinische Woch., IX, n. 31, agosto 1930.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Ospedale di Circolo di Desio

Su di un caso di mielosi eritremica acuta.

(Da una lezione clinica).

Prof. Antonio Brugi, primario medico.

In questi ultimi tempi la diagnostica differenziale delle *emopatie* ha fatto tali e tanti progressi che sarebbe quasi del tutto inutile la pubblicazione di un singolo caso, se questo non presentasse invero peculiarità speciali, che lo rendono degno di una breve nota illustrativa.

E ne dirò subito il perchè: perchè esso deve ascriversi ad un gruppo di forme molto rare ad osservarsi, al gruppo cioè delle *mielosi parziali iperplastiche*. In altri termini, la descrizione di esso viene ad accrescere il numero dei pochi casi finora apparsi nella letteratura; donde l'importanza pratica e l'interesse clinico della sua descrizione. Purtroppo, per condizioni indipendenti dalla mia volontà, è venuto a mancare lo studio delle alterazioni anatomopatologiche presenti negli organi ematopoietici centrali (biopsia); ad ogni modo, siccome il quadro ematologico periferico è già di per sè più che sufficiente per poter formolare una diagnosi della forma morbosa, mi sono deciso di prendere egualmente in considerazione questa rara entità nosografica.

Però, prima di entrare nella trattazione del caso clinico, dirò due parole in generale sulle *mielosi*, tracciandone un quadro riassuntivo basato sulle ultime vedute apparse in proposito (Ferrata, Di Guglielmo, Esposito, ecc.).

Il Capitolo delle Emopatie che passa sotto il nome di *Mielosi* comprende numerose e svariate malattie degli organi ematopoietici midollari. Dirò subito come la denominazione di Mielosi è poco appropriata in quanto le lesioni del midollo spinale non sono soltanto limitate ad esso; ma si estendono anche al sistema ematopoietico diffuso, o emoistioblastico. Senonchè il quadro ematologico delle singole forme sta a rilevare essenzialmente le lesioni midollari, mentre la partecipazione del tessuto istioide è l'espressione della natura sistematica di tali emopatie.

È noto come il midollo spinale consta di tre sistemi ben distinti:

1) *leucoblastico*, 2) *eritroblastico*, 3) *megacariocitico o piastrinopoietico*, i quali, potendo ammalare isolatamente o no, danno luogo a tre tipi ben definiti di mielosi:

1) *mielosi parziali;*
2) *mielosi miste;*
3) *mielosi globali.*

Non solo; ma poichè le lesioni del midollo possono manifestarsi o con un aumento o con una diminuzione o con una abolizione della attività citoemogenerativa, ne scaturiscono i tipi *iperplastici* o *ipoplastici* o *aplastici* delle mielosi. Sicchè in definitiva avremo:

1) *mielosi parziali iper, ipo, aplastiche;*
2) *mielosi miste iper, ipo, aplastiche;*
3) *mielosi globali, iper, ipo, aplastiche.*

Le mielosi iperplastiche parziali possono decorrere in modo acuto e in modo cronico.

La forma *acuta*, come la definisce la parola stessa, ha un andamento acuto, simile ad una affezione morbosa infettiva acuta, caratterizzata da fenomeni generali molto gravi del tipo diatesico-emorragico e da certe particolarità ematologiche. La malattia esordisce in modo *brusco* e *violento* con *brivido intenso di freddo*, seguito da *febbre* elevata; questa ha poi un andamento remittente con brusche elevazioni serali. Si associano a tali sintomi generali: *stato generale grave; profonda anemia; emorragie cutanee*, delle *mucose*, degli *organi; angina necrotica; lesioni pseudoscorbutiche al palato* e alle *gengive; modica splenomegalia.*

Il reperto ematologico fa distinguere i tre tipi delle mielosi parziali iperplastiche e cioè:

1) *la mielosi eritremica acuta;*
2) *la mielosi leucemica acuta;*
3) *la mielosi aleucemica acuta.*

Spenderò una parola per ognuna di queste forme:

1) *La mielosi eritremica acuta* può presentarsi o con reperto di eritroblasti basofili, ortocromatici, policromatofili, come nel sottotipo della *eritremia acuta normoeritroblastica* o con reperto di *megaloblasti* ortocromatici, basofili, policromatici, come nel sottotipo della *eritremia acuta megaloblastica o perniciosa.*

2) *La mielosi leucemica acuta* è caratterizzata, dopo un breve periodo aleucemico del sangue circolante, da un notevole aumento dei leucociti della serie *granulocitica immatura* (*mieloblasti e promielociti*), da un aumento delle piastrine, da un numero pressochè normale o fortemente in diminuzione dei globuli rossi. Passano in circolo promieloblasti e si osservano tutte le fasi di maturazione verso l'eritroblasto. Dal punto di vista istologico si ha iperplasia del tessuto leucoblastico midol-

lare: e nella milza, nel fegato, nelle ghiandole linfatiche si riscontrano infiltrazioni mieloidi, caratterizzate da presenza di cellule fortemente immature.

3) *La mielosi aleucemica acuta* è simile alla forma leucemica precedentemente descritta, con quadro ematologico aleucemico.

La forma *cronica* è caratterizzata da una lesione del tessuto mieloide leucoblastico, ad andamento iperplastico, a decorso cronico, con alterazioni centrali identiche per tutte le diverse forme, con quadro ematologico però differente; onde *tipo leucemico e tipo aleucemico.*

Il tipo *leucemico* non è altro che la leucemia granulocitica cronica, i cui sintomi sono rappresentati: da moderata *splenomegalia;* modica *epatomegalia;* modica *poliadenia;* da dolori ossei assai vivi, specialmente in corrispondenza dello sterno; da fenomeni emorragici cutanei e mucosi; da anemia; da grave deperimento progressivo; da disturbi nervosi vaghi; da senso di viva astenia, ecc.

Nel quadro ematologico si osservano elementi della serie *parenchimale* od *emocitoblastica*: onde emocitoblasti; mieloblasti proneutrofili e proeosinofili; promielociti neutrofili ed eosinofili; mielociti e metamielociti neutrofili, eosinofili; granulociti, neutrofili, basofili, eosinofili (per maggiore attività del tessuto granulocitogeno parenchimale); eritroblasti, policromatofili ed ortocromatici; eritrociti con segni giovanili: corpi di Jolly, reazione granulo-filamentosa; (per alterazione del tessuto eritroblastico); megacariociti in funzione piastrinopoietica e nuclei di megacariociti (per alterazioni del sistema piastrinoblastico); emoistioblasti tipici (con granuli e filamenti azzurrofili) e loro derivati (riconoscibili per la loro struttura plasmatica e per quella nucleare); granulociti neutrofili ed eosinofili, cioè promielociti e mielociti (serie emoistioblastica od istioide). Le lesioni istologiche sono rappresentate da notevole grado di iperplasia del tessuto leucoblastico, con elementi sia della serie parenchimale, sia della serie emoistioblastica, e cioè emocitoblasti e loro derivati granulocitici, emoistioblasti tipici e loro derivati; megacariociti in numero aumentato, (per piastrinemia periferica). Tutto il tessuto connettivo è trasformato in organo emopoietico attivo, in quanto il tessuto granulocitogeno invade anche gli spazi normalmente occupati da connettivo o da elementi grassosi. Il numero dei leucociti è notevolmente aumentato da 100.000 a 1.000.000 — i globuli rossi non presentano nulla di caratteristico — le piastrine sono aumentate di numero.

Il tipo *aleucemico* è invece caratterizzato da uno stato aleucemico del sangue circolante: si osserva o leucocitosi o leucopenia, con rari mielociti circolanti. La diagnosi di tale forma è sopratutto basata sulla biopsia, dando luogo il suo quadro nosologico a facile confusione con altre entità morbose.

Facile infatti a prima vista è la confusione specialmente con la forma *leucemica,* con i *tumori del midollo osseo* (malattia di Kahler, cloroma), con il *morbo di Banti*: dalle quali però, ben considerando, non è difficile la differenziazione tenendo presente la sintomatologia di dette affezioni morbose e prospettandosi la diagnosi differenziale ogni qual volta ci si trovi davanti a simili malattie.

Le mielosi iperplastiche miste sono caratterizzate per lo più da lesioni del tessuto leucoblastico ed eritroblastico, a decorso acuto, subacuto, cronico. Si ha un quadro leucemico ed eritremico del sangue circolante. In una parola, sono forme eritroleucemiche associate e la diagnosi si fonda sul reperto del sangue, che partecipa e del tipo leucemia granulocitica cronica e del tipo eritremico, più sopra descritti.

Le mielosi ipoplastiche e aplastiche parziali miste e totali comprendono tutte quelle emopatie, determinate da paresi o paralisi, mi sia permessa la parola, della attività citoematogena delle sezioni del tessuto eritrogranulopiastrinopoietico, sia isolatamente, sia complessivamente, o nell'una o nell'altra associazione. Per cui si hanno mielosi ipoplastiche ed aplastiche eritremiche, leucemiche globali o totali o eritroleucopiastrinemiche. La diagnosi di tali forme morbose si basa sul reperto ematologico; non sempre però essa è effettuabile con il solo esame del sangue. È necessario perciò ricorrere ad un accurato esame degli organi centrali mediante la biopsia, del resto anche fattibile in vita, come è noto a chi di ricerche di tale genere si occupa. Non mi sembra fuor di luogo osservare come è ben difficile poter riscontrare in pratica quadri netti e chiari di tali mielosi. Due tipi sono stati studiati di tale forma: le *mielosi globali aplastiche* e le *mielosi eritroblastiche ipoplastiche.*

Le mielosi globali aplastiche sono caratterizzate da una diminuzione di tutte le cellule sanguigne, diminuzione che è progressiva. È da notare come sia necessario l'esame del midollo spinale per stabilire una diagnosi esatta tra forma aplastica e forma pseudoaplastica; nella prima si constata una distruzione vera

e propria del tessuto midollare. Clinicamente il quadro è quello di una anemia grave a decorso rapido, dopo un inizio subdolo, senza possa stabilirsi una causa apprezzabile. Il paziente diventa pallido, marmoreo in altri termini, perde le sue forze, ha affanno intenso, vertigini, disturbi visivi: si aggiungono poi segni di diatesi emorragica. È una forma morbosa che somiglia molto all'anemia perniciosa progressiva, alla mielosi aplastica, alla diatesi emorragica, dalle quali però si differenzia per quadro clinico ed ematologico.

Le mielosi eritremiche ipoplastiche presentano una forte diminuzione *dei globuli rossi* con presenza di anisocitosi e poichilocitosi; gli eritroblasti sono ortocromatici e policromatofili; gli eritrociti sono policromatofili e con granulazioni basofili e con corpi di Jolly. Nel midollo spinale, parziale iperplasia del tessuto eritroblastico: si constatano nidi eritroblastici fra le aree di stroma midollare, con scarsissimi elementi cellulari della serie bianca e rossa. Nella milza poi si possono osservare nidi cellulari di tessuto eritroblastico, simili in tutto a quelli del midollo spinale.

Le mielosi globali pseudo-aplastiche sono forme di mielosi che clinicamente si differenziano assai male da quelle aplastiche; se mai il colorito della cute del paziente non è pallido giallastro, la milza non è così grossa; il quadro ematico fa rilevare notevole diminuzione di tutti gli elementi del sangue; notasi anisocitosi e poichilocitosi degli eritrociti, con presenza di eritrociti policromatofili, rari eritroblasti. Il ricambio emoglobinico si comporta diversamente nelle due forme e vale a differenziarle; ma sopratutto l'esame degli organi ematopoietici centrali è quello che può dare un indirizzo certo e sicuro.

Nella mielosi aplastica il tessuto midollare è scomparso, cosicchè il midollo rosso è sostituito dal midollo giallo grassoso; microscopicamente si osservano qua e là pochi nidi cellulari di eritro e di leucopoiesi: emoistioblasti e megacariociti. Nella mielosi pseudoaplastica si osservano nel midollo osseo emoistioblasti tipici, con abbondante protoplasma ricco di granuli e filamenti azzurrofili, nucleo di tinta rosso-violacea e reticolo cromatinico assai grossolano e nucleoli; primitive cellule migranti, caratteristiche del periodo preepatico della vita embrionale; prepolicariociti; megacariociti giovani; elementi immaturi della serie rossa e bianca, in tutta la loro fase di evoluzione. È un quadro in altre parole di iperfunzione in netto contrasto con il quadro opposto della forma aplastica.

Si osservano lesioni analoghe anche nella milza, nelle ghiandole linfatiche, nel fegato.

La storia clinica del caso osservato era la seguente:

Ambrogio A., di anni 11, da Cesano Maderno, scolaro.

Genitori vivi e sani: null'altro da segnalare nel gentilizio collaterale. Nato da parto normale, ha subito allattamento fino a 12 mesi. Dentizione e deambulazione all'epoca normale.

Non ha mai sofferto malattie degne di nota.

Nei primi di gennaio di quest'anno in pieno stato di benessere cominciò ad avvertire *malessere generale,* accompagnato da *senso di viva astenia.* A tali sintomi generali si aggiunsero nei giorni seguenti *dolori al sacro.* alle *regioni lombari,* agli arti *inferiori.* Il 10 gennaio comparve *febbre elevata,* preceduta da brividi di freddo: il termometro segnava 39°,5. La febbre si mantenne sui 39°-40° con tipo pressochè continuo. Il 15 gennaio l'anemia andò accentuandosi e si presentarono *emorragie cutanee e mucose* e degli *organi interni* (emorragie gengivali, congiuntivali, ematuria, melena, ecc.); inoltre si manifestarono lesioni *pseudo-scorbutiche alle gengive e al palato.* Il 16 gennaio il paziente accusava un violento *dolore alla regione ipocondriaca di sinistra,* estendentesi dall'alto al basso e dall'indietro all'avanti.

Il giorno 17 dello stesso mese i famigliari facevano ricoverare il loro piccolo all'Ospedale; esso veniva accolto nel mio reparto.

Il paziente versava in condizioni piuttosto gravi. Era in uno stato di subdelirio con febbre a 40°,1. Il polso era sulle 130 battute con intermittenze ed aritmie. Il respiro oscillava intorno a 30 respirazioni. Spiccava il colorito pallidissimo del volto. La congiuntiva di destra presentava una emorragia intensa nel quadrante interno. Le labbra erano screpolate e sanguinanti: le gengive sanguinavano; si notava angina necrotica diffusa; sul palato e nelle gengive si rilevavano lesioni pseudoscorbutiche. Sulla cute piccole e sparse suffusioni emorragiche di colorito bluastro. La cute del volto era tumida, pastosa. Non cianosi, non dispnea intensa, non edemi. I gangli linfatici erano poco tumefatti. Nel cavo ascellare, all'inguine, nella regione sottomascellare e retroauricolare piccoli e numerosi noduletti (micropoliadenia).

All'esame dell'apparato respiratorio: torace allungato, scapole alate, spazi intercostali avvicinati, costole spioventi. Nulla alla ispezione ed alla palpazione. Alla percussione suono chiaro polmonare. All'ascoltazione qualche ronco e qualche rantolo sparso, specie alle due basi. Non espettorato.

Cuore: Ictus cordis al V spazio intercostale sulla emiclaveare; limite superiore dell'area di ottusità del cuore alla IV costa; limite interno alla parasternale.

Toni deboli, poco chiari, oscuri. Frequenza del polso 130; aritmie, intermittenze. Px 100, Pm 50.

Addome a barca, infossato al centro, leggermente prominente nella metà di sinistra, ove è dolente e presenta dolorabilità alla pressione.

Fegato: leggermente debordante.

Milza: polo superiore alla VI costa. Polo inferiore a due dita dell'arcata costale. La consistenza è dura.

Negativo è l'esame del *sistema nervoso*.

Urine: quantità normale: albumina: lieve opacamento; zucchero: assente; sangue: presente; sedimento: normale, salvo presenza di globuli rossi.

Esame radiologico del torace: negativo, salvo lieve ingrossamento ghiandolare ilare.

L'*esame del sangue* dimostra: Gl. R. 2.700.000; Gl. B. 75.074; Hb. 60; V. G. 0,83.

Formula leucocitaria: polinucleati neutr. 21 %; polinucleati eosinofili 2 %; linfociti 26 %; moniciti 26 %; promegaloblasti 3 %; megaloblasti basofili 5 %, policromatici 7 %, ortocromatici 11 %; eritroblasti (ipercromi e a nucleo picnotico) 4 %.

Reazione di Wassermann: negativa.

Emocultura e sierodiagnosi: negative.

Diario riassuntivo: Nella giornata del 17 e del 18 gennaio le condizioni del paziente andarono sempre più peggiorando, tanto che i genitori nella notte del 18 al 19 vollero, ad ogni costo, portare a casa il piccolo figlio. Egli decedeva nel suo letto a Cesano Maderno due ore dopo l'arrivo in paese con una violenta emissione di sangue dalla bocca.

In qual tipo di mielosi si può inquadrare il caso sopraesposto?

Si è descritto invero un tipo di mielosi iperplastica parziale, al quale mi sembra si possa facilmente ricondurre il quadro clinico del malato oggetto di tale nota illustrativa.

In tale fanciullo i caratteri *clinici* più spiccati erano rappresentati da a) *inizio e decorso acuto della forma morbosa*, b) *anemia profonda*, c) *stato generale grave*, d) *emorragie cutanee, delle mucose, di organi interni*, e) *lesioni pseudo-scorbutiche alle gengive e al palato*, f) *angina necrotica*, g) *febbre a tipo remittente*, h) *modica splenomegalia ed epatomegalia*. I caratteri *ematologici* erano offerti da presenza in circolo: di *promegaloblasti;* di *megaloblasti, basofili, policromatici, ortocromatici;* di *eritroblasti*, come dalla formula ematologica, più sopra esposta, si può dedurre.

Ma questi non sono altro che i caratteri patognomonici della *mielosi eritremica acuta, megaloblastica* o *perniciosa*, tipo di *mielosi iperplastica parziale*, alla quale mi sembra dover ascrivere il caso clinico osservato in Ospedale: caso che viene ad accrescere i pochi consimili osservati finora.

RIASSUNTO.

L'autore descrive un caso di mielosi eritremica acuta megaloblastica o perniciosa, dopo aver riassuntivamente esposto il quadro delle mielosi in generale.

SUNTI E RASSEGNE.

SISTEMA NERVOSO.

La siringomielia.

(H. ROGER. *Marseille-Médical*, 15 agosto 1931).

La siringomielia è anatomicamente caratterizzata dalla formazione di una cavità nella sostanza grigia centro-posteriore del midollo cervico-dorsale e clinicamente da disturbi sensitivi (dissociazione siringomielica della sensibilità), disturbi trofici delle estremità superiori e delle articolazioni, o da disturbi paretici a tipo spastico.

a) *Disturbi sensitivi*:

Possono essere subiettivi ed obiettivi.

I primi, meno importanti, possono precedere quelli obiettivi, e sono costituiti da formicolii, dolori profondi, sordi, spesso risvegliati dal freddo, raramente violenti, pseudotabetici.

Più significativi sono i disturbi obiettivi della sensibilità costituenti la caratteristica dissociazione siringomielica: termoanalgesia contrastante con la integrità del tatto.

La *sensibilità termica* è profondamente compromessa: si ha prima un difetto della percezione del caldo e del freddo, e poi la scomparsa completa della percezione del caldo (donde scottature da contatto inavvertito di oggetti scottanti). Talora si ha inversione del senso termico o parestesie al caldo e al freddo.

La *sensibilità dolorifica* è alterata in secondo tempo. Però l'analgesia raramente è completa; talvolta si ha ritardo della percezione dolorosa o necessità di una serie di eccitazioni successive (somma delle eccitazioni).

La *sensibilità tattile* invece non è affatto o poco alterata: lieve ingrandimento dei cerchi di Weber, diminuzione della sensibilità elettrica e barica.

Le *sensibilità profonde* (ossea, muscolare, delle attitudini, etc.), sono indenni.

Raramente questa dissociazione sensitiva manca o è limitata ad una zona ristretta. Può essere anche sostituita da un'anestesia totale.

I disturbi sensitivi sono localizzati al principio al tronco, si diffondono poi agli arti superiori e molto tardi a quelli inferiori, seguendo una topografia radicolare.

b) *Disturbi trofici*:

L'*atrofia muscolare* costituisce spesso il primo sintoma avvertito dal paziente. Colpisce i muscoli della mano dando il tipo Aran-Duchenne (C_8-D_1). S'inizia all'eminenza tenare, colpisce poi gli interossei e l'eminenza ipotenare. La mano assume alla fine l'aspetto di mano ad artiglio o di mano di scimmia, con pollice in abduzione non opponibile. Più raramente si ha ipertonia dei radiali (mano di predicatore).

L'atrofia risale lentamente fino alla spalla, e può diffondersi anche agli arti inferiori sopra tutto a carico dei peronei, dei quadricipeti, degli estensori del piede.

Le *distrofie cutanee* colpiscono mani e piedi. La pelle è callosa talvolta a scaglie, le unghie incrinate e fragili. La pelle può divenire sottile e accollata all'osso (sclerodattilia) o anche spessa, liscia, imbevuta di liquido (mano succulenta).

Alle estremità delle dita si possono avere ulcerazioni torpide, indolenti, che recidivano incessantemente e finiscono per provocare mutilazioni di una o più dita con amputazioni spontanee delle estremità falangee.

Molto frequenti sono le *artropatie* della spalla, del gomito e del polso, che possono essere dolenti al principio.

Le *distrofie ossee*, sopra tutto dell'omero, si estrinsecano con fratture spontanee, in seguito a lieve trauma o a minimo sforzo.

I *disturbi vasomotori e simpatici* più comuni sono: iperpulsatilità ed esagerazione dell'indice oscillometrico, iperidrosi, iperreflettività pilomotrice, o disturbi inversi, con sede al lato dell'arto o della faccia più lesa, galattorrea.

Talvolta invece che fatti atrofici si ha ipertrofia muscolare con ispessimento del sottocutaneo e delle ossa, che possono dare alla mano un aspetto pseudo-acromegalico.

c) *Cifoscoliosi*:

Spesso è un sintoma precoce. Nella fase tardiva il torso è raccorciato, il collo incurvato, la testa pendente, il mento inclinato verso il petto, donde un ostacolo alla respirazione ed alla circolazione.

Spesso il rachide è sede di artropatie siringomieliche simili a quelle che si hanno nella tabe.

La radiografia spesso rivela malformazioni cervicali (spina bifida, costola cervicale, assializzazione della terza cervicale).

d) *Paresi spastica*:

Agli arti superiori l'amiotrofia è accompagnata da paresi con contratture: pugno stretto, spalle ributtate in avanti, avambracci semiflessi, e mani crociate sul pube. Tutto ciò con abolizione dei riflessi tendinei.

All'arto inferiore invece l'eventuale leggera contrattura è accompagnata da esagerazione dei riflessi, clono e Babinski.

I disturbi sfinterici non sono precoci.

Talvolta si ha impotenza sessuale.

La sintomatologia su descritta corrisponde alla *siringomielia cervico-dorsale*:

Ma come diffusione di questa o indipendentemente da essa si può avere la localizzazione bulbare, la *siringobulbia* che è generalmente unilaterale. I nervi cranici più frequentemente compromessi sono: il XII (emiatrofia linguale), i IX, X, XI (paralisi della faringe e della laringe, isolate o associate sotto forma di sindromi di Avellis, di Jackson o di Schmidt, talora accelerazione del polso e sincope bulbare), l'VIII (nistagmo, vertigini e disturbi labirintici). Più raramente si nota paralisi facciale, trisma, algia facciale, e anche paralisi oculare.

La *siringomielia lombo-sacrale*, molto più rara di quella cervicale, si manifesta con paraplegia spastica e atrofia, o con disturbi trofici dell'alluce o del piede di difficile diagnosi. Si può avere anche semplice mal perforante, piaghe torpide con eliminazione di sequestri che conducono a vere mutilazioni. Si possono avere artropatie del collo del piede pseudotabetiche e anche podomegalia pseudo-acromegalica. In tutte queste forme la diagnosi differenziale poggia esclusivamente sull'accertamento di zone di dissociazione sensitiva.

La siringomielia ha generalmente un decorso lento. L'inizio è insidioso, progressivo. Quando il malato consulta il medico per l'atrofia musculare delle mani, per le distrofie ungueali, la malattia si è già iniziata da parecchi anni. La morte, esito fatale, si ha dopo 10, 15, 30 anni o per fatti bulbari, o per paralisi vescicale ed infezione urinaria, più spesso per infezioni pulmonari intercorrenti (pulmonite, tubercolosi).

In qualche caso il decorso può essere subacuto: due o tre anni.

Guillain, Schmit e Bertrand hanno descritta una forma a decorso acuto: inizio con sindrome meningea verisimilmente legata ad emorragie intrarachidee, poi paraplegia spastica con dolori lombo-sacrali, ed in capo a due mesi paraplegia flaccida con escare; all'autopsia si ha gliomatosi con cavità siringomielica diffusa a tutto il midollo.

La sede della cavità cistica in corrispondenza della sostanza grigia centro-posteriore, della connessura posteriore e della base delle corna posteriori spiega la dissociazione della sensibilità, in quanto le fibre corte delle radici posteriori che conducono verisimilmente la sensibilità termica e dolorosa s'incrociano appunto nella commessura posteriore, mentre le fibre medie che conducono la sensibilità tattile sono situate più indietro e sono più sparse. L'estensione della cavità in avanti verso la base delle corna anteriori e verso il cordone antero-laterale spiega l'atrofia muscolare e la paresi spastica.

La cavità ha sede nella regione cervicale e dorsale superiore ed invia prolungamenti in alto verso il bulbo ed in basso verso la regione dorso-lombare. Ha pareti infrattuose e contiene un liquido roseo e vischioso.

In corrispondenza il midollo appare atrofizzato, appiattito. Talvolta le meningi sono ipertrofiche.

La cavità è indipendente dal canale ependimale che è più o meno spostato in avanti. La sua parete è costituita da uno strato interno di tessuto in via di disintegrazione e da uno esterno di tessuto nevroglico. I vasi sono con-

gestionati, dilatati, degenerati, contornati da tessuto connettivo spesso, talora separati da piccole emorragie.

Per quel che riguarda la patogenesi della malattia sono state avanzate tre teorie: quella della malformazione congenita, la neoplastica, l'infettiva.

Secondo la prima la cavità è dovuta ad una anomalia di sviluppo del canale centrale, ad una dilatazione o ad un diverticolo, ad un'occlusione anormale del canale centrale con persistenza d'un'inclusione epiteliale nella connessura posteriore. Questa opinione si appoggia sulla coesistenza di anomalie del rachide (spina bifida, ecc.), e d'idrocefalia.

Secondo la teoria neoplastica la siringomielia è dovuta al rammollimento d'un glioma centrale del midollo.

La teoria infettiva si appoggia su osservazioni di Guillain che avrebbe osservato il prodursi di cavità siringomieliche per diffusione di neuriti infettive ascendenti. Levaditi, Lepine e Schoen hanno recentemente provocato in alcuni animali una mielite infettiva con formazione di cavità siringomieliche mediante la inoculazione intracerebrale di virus dell'encefalomielite epizootica della volpe.

Meritano di essere segnalati i casi nei quali la siringomielia è stata attribuita ad un'emorragia midollare disintegrata: spesso si constata la dissociazione siringomielica della sensibilità nell'ematomielia, e sono state segnalate siringomielie consecutive a trauma del rachide.

La malattia è più frequente nel sesso maschile e s'inizia tra i dieci ed i trent'anni di età.

Può dipendere, come si è detto, da trauma midollare, o da trauma periferico in conseguenza di diffusione di neurite ascendente.

La siringomielia si avvantaggia effettivamente della cura con i raggi X. Le parestesie dolorose, i disturbi paretici migliorano di più che quelli trofici, ossei e cutanei. I disturbi della sensibilità obiettiva e l'atrofia muscolare sono poco modificati. L'irradiazione deve essere fatta non solo sul midollo cervicale ma anche su quello dorsale.

In qualche caso, nel quale si è intervenuto chirurgicamente nella credenza che si trattasse di un tumore midollare, la puntura e l'incisione della cavità, sembra abbia determinato un arresto nello sviluppo della malattia.

DR.

Emorragie cerebrali non dipendenti da arteriosclerosi.

(J. COLLIER. *British Medical Journal*, 19 settembre 1931).

Le cause ben note o ipotetiche dell'emorragia cerebrale sono le seguenti:

Traumi durante il parto; traumi ordinarî; pachimeningite emorragica; filtrazione attraverso i vasi sanguigni da aumento della loro permeabilità; diapedesi; encefalite; poliomielite; encefalite letargica; meningite tubercolare; trombosi dei seni; emorragie venose; discrasie sanguigne; leucemia; porpora; carbonchio; insolazione; neoplasmi; aneurismi; endocardite ulcerativa; infezione puerperale; gonorrea, ed altre infezioni; poliarterite acuta nodosa di Kussmaul e Dickson; aneurisma nodulare e spesso aneurisma multiplo di natura congenita.

L'emorragia meningea o intracerebrale da trauma cefalico durante il parto è un'evenienza molto frequente. Quando l'emorragia è lieve si ha il riassorbimento senza manifestazioni cliniche, quando invece è abbondante può essere causa di morte del feto o di convulsioni, ma non sicuramente di diplegia cerebrale.

La filtrazione del sangue attraverso i vasi dovuta ad aumento della loro permeabilità che è stata ammessa da Osler e da altri autori per spiegare versamenti subaracnoidei o subdurali non sembra un fatto sicuro.

Maggiore interesse hanno le varie forme di encefalite.

La poliomielite, quantunque sia una malattia caratterizzata da emorragie microscopiche, non sembra sia causa frequente di emorragie abbondanti meningee o cerebrali.

Per quel che riguarda l'encefalite letargica conviene notare che è possibile attribuire a questa malattia sintomatologie cliniche che invece sono dovute ad emorragie aneurismatiche subdurali, subaracnoidee e cerebrali. Reciprocamente è da tener presente che in molti casi di encefalite letargica si verificano emorragie subdurali e cerebrali.

I neoplasmi possono essere cause di emorragie cerebrali rilevanti anche prima della comparsa dei segni locali e generali del tumore. Spesso è stata constatata un'apoplessia mortale in giovani soggetti, la quale al tavolo anatomico è risultata dovuta ad emorragia nell'interno di un glioma clinicamente silenzioso. Più frequentemente accade che nella sostanza del tumore cerebrale si verificano piccole emorragie le quali determinano un improvviso aumento della gravità dei sintomi.

Gli aneurismi delle arterie cerebrali costituiscono una causa frequentissima di emorragie intracraniche.

Questi aneurismi, che non sono di origine sifilitica, spesso non producono alcun disturbo, non danno alcun segno della loro presenza.

In alcuni casi possono attribuirsi ad infezioni batteriche (endocardite, blenorragia, infezione puerperale), ma nella grande maggioranza dei casi la loro etiologia rimane oscura.

Eppinger li ritiene congeniti attribuendoli a difetti della parete arteriosa che cede agli impulsi continui della pressione sanguigna.

Murray Drennan notò che questi aneurismi

spesso si trovano nella biforcazione dei vasi e rilevò nell'angolo acuto formato dall'unione dei vasi una rottura della tunica muscolare ed elastica. Willey-Forbus con indagini più recenti ha invece dimostrato mancanti tali tuniche nei punti di congiunzione delle piccole arterie, e perciò egli ritiene che gli aneurismi si producano con un meccanismo ancora ignoto.

Si tratta di aneurismi attaccati ai vasi come bacche.

Per la loro localizzazione e per il loro aspetto sono simili agli aneurismi infettivi, che si trovano anche nella milza, nel mesentere ed in altre arterie del corpo.

È probabile che essi siano provocati da infezioni decorse senza altre manifestazioni cliniche.

Questi aneurismi possono anche essere presenti senza dare alcun disturbo o segno clinico. Ma non è così quando sono molto grandi, si calcificano o diventano aderenti a strutture vicine.

Ma il fatto più importante è dato dalla loro rottura. Questa può provocare un'emorragia rapida ed abbondante dando il quadro clinico dell'apoplessia con o senza presenza di sangue nel liquor.

Ma di solito questi aneurismi hanno tendenza a produrre piccole e lente effusioni di sangue, che spesso si arrestano, per ripetersi poi di nuovo in analoghe condizioni. Gli spandimenti possono organizzarsi negli spazî durali assumendo aspetto epatico e dando manifestazioni cliniche che somigliano molto all'encefalite letargica.

Quando il versamento avviene negli spazi subaracnoidei si ha di solito una sindrome rassomigliante alla meningite, con cefalea, piressia, rigidità nucale, e spesso anche diplopia, vomito e convulsioni. La distinzione dalla meningite è costituita dalla presenza di sangue nel liquor e dal miglioramento dato dal drenaggio lombare.

I fenomeni transitori che possono essere dati da una emorragia non troppo rapida nè troppo abbondante sul o dentro il cervello sono molto interessanti e di difficile interpretazione.

I più comuni fra questi fenomeni transitorii sono gli attacchi d'incoscienza durante poche ore o molti giorni, di cefalea rassomiglianti all'emicrania, di emiplegia, di afasia, di convulsioni locali o generali, di delirio con cefalea, di piressia con cefalea, di cefalea o di incoscienza con albuminuria o glicosuria ad alta concentrazione.

Il delirio e le convulsioni possono essere prodotti da stravasi di sangue sulla superficie del cervello anche senza gravi lesioni di questo; la piressia, l'albuminuria e la glicosuria sono in rapporto a stravasi verificatisi in vicinanza o dentro il cervello medio.

L'espansione del sangue può essere transdurale, subdurale, subaracnoidea, endocerebrale (da rottura di aneurisma nell'interno del tessuto cerebrale o aderente a questo), endoventricolare, o nell'interno del seno cavernoso.

Negli aneurismi nei quali la rottura è piccola e si verifica con lentezza più che a scoppio, si ha tendenza a una nuova rottura del sacco specie dopo che questo è divenuto aderente al tessuto cerebrale.

Così si spiega come le emorragie subaracnoidee si ripetono ad intervalli più o meno lunghi e non di rado terminano con uno stravaso endocerebrale fatale.

Molti degli aneurismi non si rompono e non danno mai segno della loro presenza. Alcuni provocano sintomi di compressione solo quando si coagulano o si calcificano.

Gli aneurismi delle regioni prossime al chiasma ottico provocano una sindrome indistinguibile da quella del tumore ipofisario.

Le emorragie subaracnoidee si curano con il drenaggio mediante la puntura lombare, che provoca un alleviamento di tutti i sintomi. Il drenaggio deve essere libero e ripetuto fino a scomparsa dei sintomi di aumento della pressione cranica.

I casi nei quali il drenaggio non produce alcun miglioramento sono quelli in cui si ha un diffuso coagulo dello stravaso che impedisce il deflusso del sangue, la cui raccolta per altro continua ad aumentare.

Tali casi di solito terminano con la espansione del sacco emorragico nella sostanza cerebrale: si ha la emorragia meningo-cerebrale di Froin.

Altri casi che non sono trattabili con il drenaggio sono quelli nei quali l'emorragia è abbondante o non è subdurale.

La causa della morte nelle emorragie cerebrali è sempre l'aumento della pressione endocranica, e perciò il drenaggio mediante la puntura lombare deve essere sempre tentato. DR.

Emiplegie transitorie da nicotina.

(KÜLBS. *Klinische Woch.*, 21 nov. 1931).

Non pochi medici sono ancora scettici rispetto ai danni che può provocare il fumare, specie se giunto al grado di vizio smodato; pure vanno sempre facendosi più numerosi i casi clinici, a parte le ricerche sperimentali sui danni prodotti dalla nicotina, in cui la relazione causale fra abuso di fumo e quadro clinico anche grave si presenta sicura.

Se infatti gli effetti nocivi del tabacco colpiscono il sistema vasale si può osservare il quadro dell'*angina pectoris*, della claudicazione intermittente, la ipertonia, la tachicardia, le neurosi vasomotorie: e che la nicotina sia la causa del quadro morboso risulta chiaro

dal fatto che la sintomatologia scompare dopo una astinenza più o meno lunga dal tabacco. Così, in rapporto con l'abuso del tabacco sono i disturbi gastro-intestinali che si riscontrano nei fumatori inveterati, disturbi che, secondo alcuni AA., hanno una grande importanza nella patogenesi dell'ulcera gastrica e duodenale. Più certi sono i rapporti fra tabagismo e ghiandole a secrezione interna e sistema nervoso in generale: specialmente la tiroide e gli organi sessuali subiscono la dannosa influenza della nicotina e presentano disturbi funzionali che si manifestano con *libidò* diminuita negli uomini e disordini mestruali nelle donne.

I sintomi a carico del sistema nervoso sono generalmente le cefalee, la vertigine, la debolezza di memoria ecc., fenomeni che scompaiono rapidamente con la sospensione del fumare. L'A. richiama l'attenzione su una particolare manifestazione cerebrale, costituita da fenomeni paralitici transitori provocati dall'abuso del fumo.

Che possano esistere emiplegie senza reperto anatomico era già ammesso da Charcot e fu poi confermato da una lunga schiera di AA. per quanto il Monakow sostenga che le alterazioni esistano anche in questi casi ma siano rilevabili con un accuratissimo esame microscopico: certo che casi di emiplegie transitorie clinicamente esistono e fra questi rientrano i quattro casi descritti dall'A.; in tre dei quali si trattava di tre uomini fra i 21 e i 38 anni, forti fumatori in cui si manifestò emiplegia completa con disturbi della loquela; il quarto caso riguardava una donna fumatrice accanita da molti anni in cui si manifestò una afasia motoria. In tutti i casi questa sintomatologia fu preceduta da disturbi nervosi generali come cefalea, parestesie, vertigini. All'esame di questi malati si riscontrava, oltre al reperto a carico del sistema nervoso una notevole linfocitosi, un metabolismo basale più alto del normale ed una spiccata eccitabilità nervosa e vasomotoria.

La sintomatologia si dileguò dopo breve tempo essendo i pazienti in riposo con astensione completa dal fumo.

Il lato comune di queste osservazioni è costituito dai fenomeni cerebrali, mancando ogni segno di una cardiopatia organica ed essendo stata esclusa la lues con l'esame del *liquor*. Riguardo alla patogenesi di queste emiplegie il Külbs pensa a spasmi dei vasi cerebrali, analoghi a quelli che l'abuso del tabacco può provocare nei vasi coronari dando la sintomatologia dell'*angina pectoris*, e nei vasi delle estremità inferiori dove provoca *la claudicatio intermittens*: e i dati sperimentali confermano l'ipotesi.

Resta a dimostrare se sia necessario un certo grado di arteriosclerosi perchè la nicotina possa esercitare la sua azione vasocostrittrice, oppure se essa sia in grado di farlo anche su un apparato vasale in condizioni normali.

Le osservazioni dell'A., riguardanti soggetti giovani, confermerebbero quest'ultima ipotesi.

G. LA CAVA.

Esiste un centro vegetativo epilettogeno nella regione diencefalica?

(A. SALMON. *Presse Méd.*, 6 gennaio, 1932).

La patogenesi dell'epilessia è ben lungi dall'essere delucidata.

Le teorie corticali non spiegano la presenza delle crisi convulsive negli animali descerebrati e nei neonati; non spiegano perchè le crisi epilettiche compaiono ordinariamente all'età della pubertà, si accentuano nei periodi mestruali o con la sospensione delle regole e spariscono molto spesso durante la gravidanza o dopo la castrazione. Esse non spiegano inoltre i numerosi casi di epilessia di origine endocrina. Si fa notare inoltre che, se le lesioni meningo-corticali costituiscono l'origine più frequente dell'epilessia, i casi di epilessia di origine striata, talamica o bulbare non sono rari. Si osserva infine che le teorie corticali, benchè chiariscano perfettamente il meccanismo delle crisi epilettiche jacksoniane, sono affatto insufficienti a spiegare la diffusione degli stimoli convulsivi a tutti i centri cerebro-spinali, in una parola la crisi convulsiva generalizzata.

Molti AA. per rendersi conto della diffusibilità degli stimoli convulsivi invocano il sistema simpatico, ed invero le crisi si manifestano con una sindrome vegetativa simpaticotonica (tachicardia, pulsazioni epigastriche, midriasi, esoftalmo, pallore cutaneo) seguita poi da una sindrome vagotonica (disturbi vasodilatatori, rallentamento del polso, accentuazione del riflesso oculo-cardiaco, dermografismo rosso, ipersecrezione salivare e sudorale).

Questi dati giustificano non solamente l'idea che il simpatico costituisca il legame che unisce tutte le manifestazioni epilettiche, ma anche l'ipotesi che il principale centro epilettogeno possieda secondo ogni probabilità una natura vegetativa.

Ora, fra i centri vegetativi più importanti si devono comprendere i nuclei infundibulo-tuberini. È noto che la loro eccitazione sperimentale provoca midriasi, sudorazione, poliuria, ipertermia, cioè i sintomi che si osservano di solito nelle crisi epilettiche. I loro estratti hanno proprietà vaso-costrittrici ed essi hanno rapporti funzionali con i centri vasomotori sub-talamici e bulbari.

Si pone dunque la questione di sapere se questi centri simpatici diencefalici non costituiscano uno degli elementi patogenici degli accessi epilettici, che si possono classificare fra le crisi vegetative più violente del nostro organismo.

L'A. passa in rivista i dati sperimentali e clinici favorevoli a questa idea. Sperimentalmente è stata provata l'azione convulsivante della stimolazione dei centri diencefalici. L'ipertermia che accompagna le crisi epilettiche è un sintomo diencefalico. Un dato molto importante è anche il fatto che le crisi epilettiche terminano generalmente con un sonno molto profondo, che, secondo gli studi attuali sul sonno, è attribuito dalla maggior parte degli AA. alla depressione funzionale della regione infundibulare, dove si invoca un centro vegetativo regolatore della veglia e del sonno. È poi da notare che i migliori sedativi delle crisi epilettiche sono gli ipnotici (luminal, gardenal, somnifen) che, secondo le osservazioni di von Economo e di Demole avrebbero un'azione elettiva sul centro diencefalico regolatore del sonno.

Notevoli sono anche i rapporti fra l'epilessia e i disturbi funzionali dell'ipofisi, tanto che alcuni AA. hanno sostenuto la patogenesi ipofisaria dell'epilessia. Tali rapporti sono confermati dagli esami anatomo-patologici e parlano in favore dell'idea che l'insufficienza della funzione ipofisaria costituisca una delle condizioni patogenetiche fondamentali dell'epilessia, una causa sicuramente predisponente alla crisi. Ora, questi rapporti si accordano perfettamente con l'ammissione di un centro epilettogeno diencefalico, se si pensa alle connessioni anatomiche e fisiologiche assai strette dell'ipofisi con i centri infundibulo-tuberini. Si ammette che l'ipofisi con la sua secrezione determini un'azione moderatrice su questi centri; si comprende così come l'insufficienza della sua attività secretoria possa determinare ipereccitabilità del centro epilettogeno diencefalico e predisposizione alle crisi convulsive.

La sospensione spontanea delle crisi epilettiche durante la gravidanza può spiegarsi con un meccanismo opposto, poichè la gravidanza determina un aumento molto considerevole degli ormoni del lobo anteriore dell'ipofisi. Lo stesso si può dire per i miglioramenti che si osservano dopo ovariectomia, dopo tiroidectomia e capsulectomia.

I rapporti funzionali molto stretti dell'ipofisi con le ghiandole genitali, la tiroide, le capsule surrenali, ecc., spiegano la frequenza con la quale le crisi si osservano in rapporto con modificazioni fisiologiche, per esempio all'età della pubertà, durante le regole o la menopausa, spiegano i numerosi casi di epilessia di origine tiroidea, i rapporti dell'epilessia con le alterazioni delle ghiandole surrenali, l'accentuazione delle crisi con le iniezioni di adrenalina, le proprietà convulsivanti dell'insulina.

L'affermazione di un centro epilettogeno diencefalico, che per la sua sede ventricolare è molto sensibile alle modificazioni quantitative e qualitative del liquido cefalo-rachidiano, si accorda perfettamente con l'importanza che si attribuisce giustamente a queste modificazioni sul meccanismo dell'epilessia.

Le crisi convulsive che si osservano nei tumori cerebrali e nella meningite sierosa, le crisi convulsive frequenti nelle alterazioni dei plessi coroidei, le modificazioni dei plessi coroidei che si osservano negli chocs emotivi di cui sono note le proprietà convulsivanti, le alterazioni flogistiche del liquor nell'encefalite epidemica convulsivante, le modificazioni quantitative e qualitative del liquor nelle lesioni meningo-corticali che costituiscono la causa principale dell'epilessia, sono tutti fatti che permettono di affermare che l'aumento della secrezione cefalo-rachidiana e sopratutto le sue modificazioni flogistiche possono determinare uno stato irritativo del nucleo diencefalico epilettogeno e costituire così uno dei fattori patogenetici più importanti delle crisi epilettiche.

Come si vede, l'etiologia molto complessa dell'epilessia si chiarifica considerevolmente se si ammette nella regione diencefalica l'esistenza di un centro vegetativo molto sensibile alle modificazioni quantitative e qualitative della secrezione cefalo-rachidiana, agli stimoli tossici, riflessi emotivi, endocrini e agli ipnotici. Questi centri diencefalici vegetativi costituiscono, secondo l'A., la miccia che determina l'esplosione dell'accesso convulsivo.

C. Toscano.

Disturbi del sonno nell'infanzia e nella fanciullezza.

(G. Kerr Cross. *South Africa Med. Journ.*, 9 gennaio 1932).

Ancora non si conosce perfettamente la fisiologia del sonno. Le teorie che cercano di spiegarlo sono molteplici: l'anemia dei centri nervosi, l'accumulo di ipnotossina, le modificazioni chimiche delle cellule nervose, la teoria fantastica della bilancia endocrina.

Certamente il sonno è indispensabile e la sua privazione è più dannosa della denutrizione.

L'insonnia è frequente negli adulti, molto meno nei bambini.

Nei lattanti l'insonnia può essere di origine locale ed avere valore sintomatico. Così si vede nei lattanti che hanno fame o dolori colici o nasofaringite, o otite, o irritazione cutanee da lana o anche malessere per eccessivo calore nelle case molto riscaldate.

A volte i lattanti dormono male per cattive abitudini; essi non devono subire eccitamenti nelle ore che precedono immediatamente il sonno, devono esser messi a letto alla stessa ora sempre. Queste norme saranno rigorosissime pei lattanti figli di neuropatici.

Nei bambini più grandicelli le cause ester-

ne e psichiche sono più frequenti nella determinazione dei disturbi del sonno. La sonnolenza può avere origine da malattie intracraniche, come pure da uremia, da malaria, da disturbi intestinali, epatici, da sostanze medicamentose.

L'encefalite dà un'inversione del ritmo del sonno, spesso.

Il sonno agitato si può avere nei bambini con focolai tubercolari, con malattie cardiache o con asma.

I casi più importanti di insonnia nei bambini si hanno nei bambini ipoglicemici. Cameron ha posto l'ipotesi che esistano rapporti fra lo stato mentale del bambino ed il metabolismo. I bambini con vomito ciclico migliorano con somministrazione di zucchero; l'acetonemia è probabilmente legata ad una scarsa riserva di glicogeno. L'A. consiglia di dare zucchero ai bambini nervosi, i quali sono tali per la loro ipoglicemia.

Tra le cause esterne e psichiche di insonnia bisogna mettere le cattive abitudini di raccontare ai bambini storie paurose perchè si addormentino. In questi casi basta non eccitare in questo modo la loro mente e far prender un bagno tiepido prima di metterli a letto perchè scompaia l'insonnia.

Altre cause di insonnia sono l'eccessiva fatica della scuola, o la mancanza di esercizio fisico sufficiente, o anche la mestruazione precoce.

Incubi e strilli durante il sonno possono essere prodotti da nasofaringite, otite.

Altre manifestazioni patologiche nel sonno sono il sonnambulismo, l'enuresi, gli attacchi epilettici, l'irrequietezza continua, l'ipnalgia.

R. LUSENA.

La chirurgia del ganglio stellato e le sue basi sperimentali.

(R. LERICHE et R. FONTAINE. *Bull. Mém. Soc. Nat. Chir.*, n. 21, 28 giugno 1930, p. 861).

La chirurgia del ganglio stellato e delle sue branche è indicata nelle sindromi dolorose dell'arto sup. intatto (tipo antico di nevrite ascendente) o amputato (grandi nevralgie dei monconi), nelle sindromi vasomotorie, dal morbo di Raynaud vero a quello falso, nella sclerodemia ed atrofia cutanea, nell'asma essenziale, in certe osteoporosi diffuse, probabilmente nelle artriti deformanti giovanili, ecc.

Ma i disturbi di innervazione e di nutrizione del miocardio (tachicardia parossistica, angina pectoris ecc.), rappresentano un campo di nuova applicazione della chirurgia del ganglio stellato. Questo è un punto di incrocio dei nervi cardio-acceleratori, dei vasomotori coronarii, dei vaso-motori polmonari e di un gran numero di fibre sensitive, che vengono dalla regione cardioaortica.

Fu dimostrato che nei conigli la resezione della guaina cervicale e del ganglio stellato è seguìta dalla impossibilità dell'accelerazione del cuore negli sforzi; ma col passare del tempo si ha un ritorno al normale (Hening, Friedenthal). Inoltre il cuore perderebbe la forza di contrazione, ma non subirebbe modificazioni elettrocardiografiche.

Danielopolu (1922), prendendo in esame i casi nei quali Jonnesco aveva praticata l'asportazione del ganglio stellato, ha illustrato i rischi di morte rapida, consecutiva a tale operazione.

Fontaine (1924) con la ramisezione otteneva nei conigli rallentamento del cuore, il quale non varia nè si adatta più allo sforzo. Sembra perciò che l'asportazione del ganglio stellato non apporti disturbi gravi alla funzione cardiaca, producendo soltanto una inadattabilità temporanea del cuore ad accelerarsi durante lo sforzo; essa si attenua poco a poco ed è effetto della prevalenza dell'azione vagale. Ciò pare essere confermato dai risultati operatorii nell'uomo.

Successivamente è stato dimostrato che se nel cuore si creano sperimentalmente delle condizioni abnormi, quali la legatura di alcune piccole branche coronarie abnormi, quali la legatura di alcune piccole branche coronarie del ventricolo sin. ecc., con la estirpazione del 1° ganglio toracico si producono profonde alterazioni della funzione cardiaca. Inoltre gli esiti postoperatorii di 9 anginosi trattati da Jonnesco dimostrano che 6 sarebbero morti rapidamente. Casi analoghi sono occorsi ad altri chirurgi, per cui Danielopolu pensa che l'estirpazione del ganglio stellato debba essere condannata.

Tali conclusioni sono contestate da Leriche, il quale sperimentalmente prova come se si frazionano i tempi operatorii nel creare le condizioni patologiche cardiache degli animali, la mortalità cessa col perfezionarsi della tecnica.

Con dati clinici Leriche dimostra come con opportune cautele di tecnica operatoria non ha avuto alcun decesso postoperatorio. Infatti dal 1924 ha praticato 64 operazioni sul ganglio stellato: 33 per asportazione del ganglio (compreso l'intermediario) e 31 sulle ramisezioni. Tutti i malati guarirono operatoriamente. Dei 33 operati del 1° gruppo in 6 fu praticata l'asportazione bilaterale, 1 per tachicardia parossistica, 1 per angina pectoris, 1 per artrite deformante dell'arto sup., 2 per sclerodermia, 1 per disturbi vasomotorii gravi.

Fra questi fa notare che nei malati affetti da tachicardia e da angina si ebbe una guarigione duratura, a distanza di tempo notevole (4 anni). Così pure quelli operati da un solo

lato non hanno mai avuto fenomeni di scompenso cardiaco.

Di tali risultati egli attribuisce il merito alla tecnica usata, con la quale si evitano traumatismi eccessivi ai nervi del simpatico, sui quali si opera. V. JURA.

ORGANI DIGERENTI.

Appendicite e tiflite.

(A. PELLÉ et A. FOLLIASSON. *Revue de Chirurgie*, 1931, n. 9).

Gli AA. riportano tre casi di individui operati con diagnosi di appendicite nei quali il reperto operatorio si caratterizzava per gravi lesioni del ceco e scarse o nessuna lesione appendicolare.

Tutti e tre i casi si presentarono con una sindrome clinica di peritonite generalizzata di origine appendicolare.

Nel I caso il reperto operatorio fu di una placca di necrosi delle dimensioni di una moneta di nikel da 50 cent. situata sulla faccia antero esterna del ceco. L'appendice che si estrinsecò facilmente era appena arrossata; fu fatta una resezione parziale del ceco e una appendicectomia. L'inferma guarì.

L'esame istologico della placca di necrosi mostrò tessuto in parte necrosato in parte infiammatorio, le lesioni erano a carico delle tuniche esterne, la mucosa era intatta. A carico dell'appendice fu constatato follicolite e ispessimento e flogosi del peritoneo appendicolare.

Nel II caso si trovò un ceco intensamente arrossato con parete ispessita, cartonacea che aveva perduta ogni elasticità. Le lesioni si estendevano fino all'angolo epatico. L'appendice era libera e non mostrava alcuna lesione; fu fatta una appendicectomia e l'inferma guarì. All'esame istologico l'appendice dimostrò lesioni infiammatorie banali.

Nel III caso, si trovò liquido torbido. Appendice apparentemente sana. Placca di necrosi grande come una moneta da 20 lire nella faccia postero esterna del ceco, tamponata da omento. Appendicectomia e affondamento della zona necrotica. L'appendice sezionata in lunghezza aveva una mucosa apparentemente sana.

Facendo alcune considerazioni patogenetiche gli autori dicono che delle due vie che l'infezione può seguire per giungere alle pareti del ceco, e cioè quella della mucosa e quella vascolare essi credono molto più importante la seconda. Infatti nella prima e nella terza osservazione la mucosa del ceco era intatta.

Lungi inoltre dal voler risuscitare l'antico concetto di tiflite, basandosi sulla coesistenza ben accertata nel I e nel II caso di lesioni appendicolari essi propendono con la maggior parte degli autori per la primitività delle lesioni appendicitiche e per una diffusione secondaria alle pareti del ceco che avverrebbe lungo i vasi sanguigni e lifantici del mesoappendice. B. PAGGI.

L'iperglicemia, reazione costante consecutiva agli interventi sul tubo digerente.

(L. CERF et N. PAULY. *Presse Médicale*, 1931).

Gli AA. hanno preso in considerazione alcune evenienze post operatorie consecutive specialmente ad interventi sul tubo digerente.

La loro attenzione si è soffermata sulla costanza della sete ardente di questi operati, sulla frequenza dell'acidosi, con acetone nelle urine e vomiti, sindrome di cui l'espressione estrema realizza secondo loro ciò che è impropriamente chiamata dilatazione acuta dello stomaco, infine sulla precocità e sulla gravità delle complicazioni polmonari.

Essi sono indotti a vedere in questi fatti non delle evenienze disparate e senza nesso sibbene a riconoscervi come loro si esprimono le maglie di una stessa catena. E li ha colpiti la grande simiglianza di alcuni di questi fatti con alcuni segni cardinali del diabete.

Allora essi hanno studiato il comportamento della glicemia pre e postoperatoria in 26 casi operati per affezioni del tubo digerente. In tutti hanno constatato un aumento della glicemia dopo l'intervento, aumento che dalle loro ricerche risulta indipendente dalla qualità della anestesia, e proporzionale alla gravità dell'intervento eseguito.

In due casi in cui la glicemia post-operatoria raggiunse rispettivamente le cifre di 1,80, rispettivamente 2 ‰, essi ebbero il quadro della dilatazione acuta dello stomaco. In questi due ammalati essi dicono di avere assistito ad una vera resurrezione dopo iniezione di 40 unità d'insulina.

Essi lasciano ai fisiologi il compito di indagare sulla patogenesi di questa iperglicemia post'operatoria limitandosi a constatare il fatto ed a consigliare praticamente di tenerne conto alla scopo di evitare le solite iniezioni di adrenalina, ipofisina, che sono gli antagonisti dell'ormone pancreatico, a evitare le iniezioni di siero glucosato, ed a trattare « sistematicamente » coll'insulina a dosi medie queste complicanze. B. PAGGI.

Le emorragie ano-rettali.

(J. RACHET. *Revue de Médecine*, genn. 1932).

Le emorragie di origine ano-rettale possono dipendere da tre gruppi di cause: *le emorroidi, i tumori, le lesioni infiammatorie ed ulcerative.*

Le *emorroidi* sono le cause più frequenti di emorragia ano-rettale.

L'emorragia può provenire da emorroidi esterne ed interne.

Quando proviene da emorroidi esterne la fuoriuscita di sangue non è abbondante. Si ha tutt'al più l'emissione di un coagulo nerastro dipendente dalla rottura spontanea di una varice esterna trombosata, precedentemente dolorosa, e che è facile verificare con il semplice esame diretto della regione anale.

Le emorragie provenienti da emorroidi interne sono le più abituali e costituiscono un elemento importante del quadro sintomatico delle emorroidi.

Di solito il sangue è rosso, rutilante, è emesso a pioggia in quantità moderata dopo l'evacuazione delle feci che esso arrossa e ricopre. Le emorragie si verificano per lo più in seguito a crisi di congestione delle emorroidi, che sono accompagnate talvolta da prolasso e da dolore renale. La defecazione diventa penosa: le feci irritano ed escoriano al loro passaggio la zona trombosata e provocano l'emorragia. In seguito a questa il malato prova un senso di euforia, perchè il dolore ed il tenesmo scompaiono. Talvolta l'emorragia si provoca indipendentemente dalla defecazione in seguito ad uno sforzo, ad una marcia lunga, ad un viaggio in vettura, dopo aver tenuta lungamente la posizione a sedere.

Quando sì fatte emorragie si ripetono a brevi scadenze e per lungo tempo possono provocare uno stato anemico anche grave.

Il semplice carattere delle emorragie e la sola ispezione anale non sono sufficienti a precisarne la natura emorroidaria.

Ogni qual volta le emorragie si presentano insistenti o particolarmente profuse occorre procedere all'anoscopia per esplorare tutta la zona ed accertare l'esistenza delle emorroidi ed eventualmente localizzare il punto sanguinante.

Le emorroidi possono presentarsi come un risalto a corona regolare inserito nel canale anale o come sporgenze isolate a mo' di tumori sessili o peduncolati.

La prima forma sanguina più facilmente. E la fuoriuscita del sangue avviene da tutta la superficie senza che possa precisarsi il punto dal quale avviene l'emorragia. In effetti per lo più non è l'emorroide che sanguina, ma la sovrastante mucosa anale la quale è sede di infiammazione transitoria.

Nell'emorroide a tumore invece l'emorragia avviene più di frequente per la rottura improvvisa di una varice infiammata.

L'esame deve spingersi più in alto, nel retto, perchè talvolta le emorroidi non sono che le varici sintomatiche di una lesione situata più in alto, del cancro sopra tutto.

Conviene d'altra parte accertare l'eventuale esistenza di ulcerazioni o ragadi anali determinate o cronicizzate delle emorroidi, nonchè l'esistenza di tumori benigni di origine varicosa (polipi, papille ipertrofizzate) o di una rettite adenomatosa.

I *tumori* anorettali che provocano di solito emorragie sono il cancro, i polipi, l'angioma cavernoso, le neoplasie villose.

Nel cancro si possono verificare tutte le forme di emorragie: sangue rosso, puro, non mescolato a feci; miscela di muco e sangue a tipo dissenterico; melena a grossi coaguli; piccole gocce o strie di sangue su feci normali.

I polipi spesso si rivelano unicamente con emorragie ano-rettali.

L'angioma cavernoso provoca emorragie ripetute ed abbondanti che quasi sempre determinano la morte.

I tumori villosi danno di rado vere emorragie.

Le *lesioni infiammatorie ed ulcerative* che spesso si estrinsecano clinicamente con emorragie sono le aniti o ano-rettiti e le rettiti o retto-coliti.

Alcune aniti acute sono particolarmente emorragiche. Complicano molto spesso le emorroidi o sono determinate da un'infezione locale da microbi diversi, più frequentemente da gonococco. Vanno nello stesso gruppo annoverate le ulcerazioni anali sifilitiche primitive o secondarie, le ulceri veneree e tubercolari.

Le ano-rettiti croniche sono quasi sempre la conseguenza delle forme acute la cui sintomatologia si modifica e s'intorpidisce e recidiva spesso in conseguenza di reinfezioni.

In tutte queste forme le emorragie sono frequenti. Il sangue può essere puro o misto a pus o muco. Possono verificarsi senza cause apparenti o in dipendenza degli sforzi fatti dalla defecazione o del semplice passaggio delle feci.

Le retto-coliti hanno un quadro clinico molto vario a seconda che si tratta di forme a tipo dissenterico o schiettamente emorragico.

Nella prima forma si ha la sintomatologia della dissenteria acuta o cronica, batterica o amebica, con l'aspetto classico delle feci, nelle quali il sangue è sempre più o meno presente, ma associato in proporzioni varie con muco e pus.

Nella forma emorragica insieme ai sintomi della forma precedente si hanno emorragie improvvise, e particolarmente abbondanti. Talvolta, quando le prime emorragie non hanno prodotto la morte, l'affezione passa allo stato cronico: le emissioni di sangue puro o diluito con siero si ripetono a crisi determinando uno stato anemico cachettico.

Queste forme di rettite emorragica cronica oltre che essere in rapporto con la dissenteria, possono essere prodotte dalla tubercolosi e dalla sifilide intestinale, da avvelenamenti (mercurio, arsenico, ecc.), dall'uremia.

***

La cura delle emorragie ano-rettali deve essere sintomatica ed etiologica.

In caso di emorragia improvvisa e di notevole abbondanza, in attesa di precisare la origine del male, occorre consigliare l'immobilità assoluta a letto, la dieta idrica, la vescica di ghiaccio sull'addome e preparati antispasmodici a base di belladonna e oppio.

Oltre queste indicazioni generali la cura sarà indirizzata a due scopi: arrestare l'emorragia e sostenere le forze del malato.

Gli antiemorragici si potranno somministrare per via rettale, per bocca o per iniezioni.

Per via anale si praticheranno enteroclismi di non molta quantità di acqua a 47°-48°, alla quale si potranno aggiungere emostatici (cloruro di calcio 4 ‰, acqua ossigenata al 20 %, gelatina, antipirina, adrenalina).

Per bocca si somministrerà cloruro di calcio (3-4 grammi al giorno in pozione), preparati a base di gelatina.

Si potranno anche praticare iniezioni di siero di sangue e di emetina ed eventualmente la trasfusione di sangue.

Come stimolanti dello stato generale si praticheranno ipodermoclisi di siero fisiologico clorurato o glucosato, iniezioni di canfora, di caffeina, di etere, ecc.

Mentre si provvede ad arrestare l'emorragia ed a riparare i suoi effetti immediati si stabilirà la sede e la natura della lesione che determina il flusso di sangue e si appresteranno i mezzi adatti alla cura della lesione stessa.

Nelle emorroidi si praticherà cauterizzazione dei punti sanguinanti, il che offre molte difficoltà perchè il più delle volte sanguina tutta la mucosa che ricopre le vene dilatate. Migliori risultati danno le iniezioni sclerosanti (cloridrato doppio di chinina e urea al 5 %) praticate una volta la settimana nella zona situata immediatamente al disopra della corona emorroidaria, l'una vicina all'altra in modo da sclerosare successivamente tutto l'orlo varicoso.

Contemporaneamente si faranno applicazioni di pomate o suppositori a base di hamamelis, castagna d'India, cupressus, adrenalina ecc.

Si prescriverà un regime dietetico adatto, il moto, i lassativi oleosi in caso di stipsi, i calmanti in caso di diarrea. S'inibiranno le bevande alcooliche d'ogni specie, i lassativi irritanti, i suppositori alla glicerina.

Le lesioni (ulcerazioni e ragadi) d'origine emorroidaria vanno in genere curate chirurgicamente. Si può tentare la cauterizzazione che non sempre dà vantaggi sicuri.

Nelle ragadi si può praticare la cura sclerosante mediante la iniezione di qualche goccia di soluzione al 5 % di cloridrato di chinina ed urea al di sotto della ragade.

I tumori rettali vanno sottoposti al trattamento chirurgico. Nei casi inoperabili le emorragie si freneranno con i mezzi adatti su indicati.

Le ano-rettiti acute si cureranno con gli antisettici locali in soluzione debole (nitrato di argento, ittiolo ecc.), con pomate a base di collargolo, con calmanti come la belladonna, lo giusquiamo, ed eventualmente l'oppio. Nelle forme gonococciche si può tentare il trattamento locale con il siero antigonococcico.

Nelle forme croniche stenosanti si adopererà la diatermia o le applicazioni di etere benzylcinnamico.

Nelle retto-coliti amebiche si praticherà la cura di emetina, in quella sifilitica la cura arsenobenzolica.

Nelle retto-coliti da germe ignoto si praticherà la cura sintomatica, medicinale, dietetica e fisica.

L'yatrene (nove compresse di gr. 0.50 ciascuna al giorno) dà talvolta brillanti risultati.

Il metodo di Wipple (gr. 250 di fegato fresco al giorno) è stato tentato. Ma non si ha ancora un'esperienza tale da potere fare conclusioni sulla sua efficacia.

Nelle forme particolarmente gravi e ribelli è stato tentato l'intervento chirurgico (ano iliaco ed appendicostomia) ma con risultati del tutto mediocri. Dr.

Sui sintomi lontani, dopo gastroenterostomia e resezione gastrica (Billroth II), per ulcera gastrica e duodenale.

(Helge Lublin. *Suppl. Acta Med. Scandin.*, vol. 41, 1931).

Il materiale di studio su cui l'A. si basa consiste in 98 casi operati di ulcera gastrica e duodenale, alcuni mesi e più spesso anni e diecine di anni prima. 86 casi erano stati trattati con gastroenterostomia e 11 con resezione (Billroth II). L'A. riunisce le varie sintomatologie osservate in 4 gruppi. Riportiamo un riassunto dei primi due che ci sembrano di maggiore interesse pratico.

Nel primo gruppo (ulcere peptiche digiunali post-operatorie, ricadute vere e false) non sembra avere importanza l'età in cui la prima operazione venne praticata. In 4 casi soli su 20, il reperto operatorio al primo intervento, era stato negativo. Per quanto riguarda l'acidità totale e l'HCl libero, (determinato con il pasto di Ewald) le cifre normali predominano e quelle subnormali si equilibrano con quelle ipernormali. In tutti i casi si notò una aumentata rapidità di svuotamento che però non impedì una certa ritenzione dopo le 4 ore. Su 17 casi, 2 avevano mostrato sintomi subito dopo l'operazione, 6 dopo 6 mesi-un anno, 9 dopo un anno e mezzo-quattro. La sintomatologia fu generalmente quella tipica. La

prova di Weber nelle feci fu talora negativa, anche in casi di diagnosi operatoriamente confermata. Fu osservato qualche caso di fistola gastro-colica.

Nel secondo gruppo sono compresi i pazienti che dopo l'operazione presentarono ematemesi, melena e una sintomatologia interpretabile come gastrica, senza ulcera dimostrabile (55 casi).

È notevole il fatto che in questo secondo gruppo le donne sono più numerose che nel primo gruppo, il che porterebbe a credere che esse siano meno predisposte degli uomini alle ricadute. Per gli uomini la curva dell'età alla prima operazione, è simile alla curva dell'età alla comparsa dei sintomi successivi. Anche in questo gruppo i reperti negativi all'operazione primitiva, furono relativamente scarsi. I valori dell'acidità del succo gastrico mostrano anche qui una tendenza alla normalità o alla subnormalità; ed anche in questo gruppo vi è una prevalenza di stomaci a svuotamento rapido, senza però il ristagno dopo le 4 ore osservato nel gruppo precedente. Secondo l'A. molti fattori concorrono alla comparsa di questa sintomatologia, tra cui notevolissimo quello della gastrite e, in minor grado, le aderenze e i disturbi della motilità; nè va trascurato, sempre secondo l'A., il fattore nervoso esaltato dai disturbi digestivi e dallo stesso intervento. La sindrome dispeptica secondaria di Denéchau, fu trovata in piccola percentuale nei casi con ematemesi e melena, mentre fu chiara e frequente nei casi in cui l'ulcera si poteva con probabilità escludere. Notevole infine il fatto che nei pazienti in cui la presenza di un'ulcera post-operatoria si potè sicuramente esclu-dere, la sintomatologia post-operatoria incominciò immediatamente dopo l'operazione, mentre iniziò tardivamente in quei casi in cui la presenza dell'ulcera non fu potuta escludere in modo assoluto. M. TORRIOLI.

La legatura delle branche della coronaria stomacica e della pilorica nel corso di un'ematemesi grave.

(P. FAUCHER. *Bull. Mém. Soc. Nat. Chirurgie*, n. 27, 31 ottobre 1931, p. 1215).

Un uomo di 33 anni in preda a sincope e vomito ematico abbondante ricoveratosi in ospedale, fu operato dall'A. ancora in condizioni gravissime. Per queste ultime l'A., in presenza di una grossa ulcera callosa della piccola curvatura, si limitò a legare, con varii punti staccati, i rami terminali della coronaria stomacica in alto e della pilorica in basso. La emorragia gastrica si arrestò, ed il decorso operatorio fu discreto, permettendo il lento miglioramento delle condizioni generali.

Dopo due mesi l'A. reintervenne per riparare ad un laparocele postoperatorio e per praticare la resezione gastrica come cura radicale di questa.

Liberato lo stomaco delle aderenze non si rinvenne più traccia nè della tumefazione nè dell'ulcera, e la parete gastrica si presentava del tutto normale, meno che una nodosità in corrispondenza di un laccio di catgut servito per le allacciature.

Chiusura della parete addominale e guarigione.

Anche radioscopicamente di poi non si notò alcuna deformità della piccola curvatura.

D'Allaines nel riferire il caso innanzi esposto fa varie considerazioni, ben note, sul trattamento delle emorragie gastroduodenali; di esso il più razionale è la resezione gastrica o l'escissione dell'ulcera, quando lo permettono le condizioni generali dei pazienti. È stata suggerita la cauterizzazione (Balfour). Moynihan praticò una serie di punti di suture penetranti nello spessore delle tuniche gastriche, che circondano l'ulcera. JURA.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

F. VOLHARD und F. SUTER. *Nieren und Ableitende Harnwege*. J. Springer, Berlino, 1931.

Questa seconda edizione del trattato delle malattie dei reni e delle vie urinarie di F. Volhard e F. Suter consta di due volumi di complessive 2117 pagine con 95 illustrazioni intercalate nel testo.

L'opera completa per quanto riguarda le nostre conoscenze sull'argomento mantiene come intelaiatura gli stessi concetti espressi nella precedente edizione riguardo alla patogenesi della nefrite acuta e della sclerosi renale. Sono invece mutati i concetti che riguardano le nefrosi e ciò in rapporto alle recenti acquisizioni fatte in questi ultimi anni dalla scienza medica su questo argomento.

Questa edizione si distingue dalla precedente per la diligenza con cui tutti i lavori di un certo interesse che riguardano le malattie dei reni sono stati revisionati, commentati e ordinatamente disposti.

Si potrebbe dire che da questo punto di vista l'opera raggiunge la perfezione. Essa rappresenta quindi molto più del trattato, essendo destinata ad essere un'opera di consultazione per tutti coloro che vorranno intraprendere ricerche sul rene. M. GHIRON.

H. CHABANIER et C. LOBO-ONELL. *Exploration fonctionelle des reins*. Vol. in-8° di pagg. 570. Masson et C. Paris, 1931. Fr. 70.

L'esplorazione funzionale dei reni rappresenta sempre un argomento di alta importanza; essa riguarda infatti i problemi più

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

ardui che si presentano ogni giorno non solamente in urologia e in medicina ma anche e particolarmente in chirurgia generale.

Quest'opera di analisi e di sintesi, inspirata a criteri originali e critici, è il frutto di una lunga collaborazione del laboratorio e della Clinica Urologica dell'Ospedale Necker, e quindi gli studiosi ed i pratici vi troveranno raccolte tutte le moderne acquisizioni della scienza.

Nella prima parte gli AA. fanno uno studio dei metodi anteriori al movimento di Ambard ed in particolare al metodo di Volhard; quindi trattano dell'azotemia di Widal, dell'uricemia, della creatinemia degli AA. americani per poi abbordare e studiare a fondo le nozioni costituenti il corpo della dottrina di Ambard (nozione di concentrazione massima, nozione di costante, nozione di soglia).

Dopo la funzione globale dei reni, gli AA. passano in rassegna la funzione separata dei reni, che interessa più particolarmente gli urologi ed anche questa parte è condotta secondo il solito metodo, prima analitico e critico, poi sintetico.

L'ultima parte del libro è consacrata al problema della prognosi, considerata dal punto di vista medico, poi chirurgico e comporta naturalmente lo studio del meccanismo dell'uremia.

Tutta l'indole del libro è diretta quindi alla soluzione di problemi pratici ed il pratico troverà nei capitoli di sintesi degli schemi direttamente applicabili ai problemi che l'interessano. A. Pozzi.

L. Blum e Van Caulaert. *Le rôle du sel dans les néphrites. Étude clinique, physiopathologique et thérapeutique.* Masson. Parigi, 1931.

La descrizione delle nefriti distinte in due classi: quelle con ritenzione clorurica, e quelle con iperclorurazione, rappresenta, con un tentativo di classificazione delle nefriti, l'opera dei due autori, nella quale sono prevalentemente esposte le idee e i lavori di Blum e della sua scuola.

Va ricordato che Blum abbia trovato come lo ione sodico mostra un'azione idratante mentre quello cloro ne abbia una disidratante: a seconda della prevalenza della ritenzione di uno dei due joni, prevarrà, nell'organismo, una intensa idratazione o una ritenzione secca clorurica. Ecco perchè la somministrazione di cloro dissociato dal sodio (ad es. cloruro di calcio) mostra un effetto intensamente diuretico.

Così in base alle stesse considerazioni, le nefriti si possono dividere in forme idratanti, secche, e a idratazione normale. Secondo gli AA. l'uremia può essere legata anche all'impoverimento dell'organismo in cloro, e ai disturbi della secrezione renale consecutivi. In tal modo verrebbero a stabilirsi stati uremici per carenza di sale. Ma il concetto di uremia andrebbe esteso anche a quei casi in cui l'organismo, esaurite le sue difese, non si trovi in grado di riprendersi. Nelle nefriti andrebbero studiate ancora l'equilibrio acido-basico, nell'uremia lo stato della riserva alcalina, le cause dell'acidosi.

Chiude questa prima parte la cura delle nefriti idratanti, a base di un regime e diuretici decloruranti.

In contrapposizione alla precedente, gli autori studiano nella seconda parte le sindromi uremiche legate alla carenza del sale, assicurandone l'esistenza con casi clinici e dimostrando che la somministrazione di sale per via endovenosa e sottocutanea (eccezionalmente per via gastrica) possa aver ragione di tali sindromi.

Infine, pur riconoscendo che una classificazione definitiva delle nefriti non sarà possibile prima di poter sovrapporre i quadri clinici alle lesioni anatomo-patologiche, gli AA. propongono una loro classificazione personale ed esclusivamente funzionale.

E. Mingazzini.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Società Medico-Chirurgica di Padova.

Seduta del 29 aprile 1932.

Presidente: prof. G. Cagnetto.

Dott. G. Schreiber. — *Urobilina e clorofilla nel metabolismo dei gasteropodi.*

Dott. P. Sandri. — *Un metodo di colorazione vitale del sistema nervoso.*

Discussione: Francescon, Belloni, Sandri.

Sulla biologia e classificazione delle spirochete della bocca.

A. Bergamasco. — La classificazione attuale delle spirochete lascia ancora molte incertezze. L'O. studiando le spirochete della bocca, ha potuto notare come i criteri usati da alcuni Autori di classificare questi microrganismi in base alla loro morfologia, o di unificarne la natura con lo studio di un'unica specie, non siano da considerarsi esatti.

Mediante lo studio ad umido od a secco, dei materiali colturali, egli ha potuto distinguere tre specie, delle quali due mostrano *in vitro* variazioni di morfologia tali da comprendere ciascuna nel suo ciclo un intero gruppo delle spirochete sinora descritte dagli Autori come forme indipendenti ed a sè.

Il confronto di una di queste ultime (*Spirochaeta dentium*), ottenuta in cultura pura, con l'*Heliconema vincentii* di Sanarelli, fa rilevare notevoli differenze fra le due specie, nè finora è riuscito all'oratore la sua trasformazione in fusiforme.

L'O. parla quindi della possibilità di virulentare la flora della bocca ed accenna ad interessanti reperti da lui ottenuti nelle infezioni sperimentali colle associazioni spirochetobatteriche.

Discussione: Denes, Gronchi, Bergamasco.

Ricerche sperimentali sull'idrometra.

Dott. E. DE MARCHI. — L'O. ottenuto l'idrometra sperimentale nelle coniglie, conferma i risultati conseguiti da Shin-ich-Umeda.

Ha protratto la durata delle esperienze sino a 8 mesi ed ha esteso le ricerche anche alle coniglie ovariectomizzate. In queste ultime ha osservato che l'idrometra non raggiunge mai le proporzioni assunte nei soggetti non castrati, ma si stabilisce più rapidamente, perchè concorrono al suo determinismo i fenomeni involutivi dell'utero dovuti alla castrazione.

Discussione: MAURIZIO, CAGNETTO, DE MARCHI.

Su di un sintoma poco noto, pressochè costante e caratteristico delle lesioni infiammatorie dei visceri addominali.

Dott. F. STEFANI. — L'O. richiama l'attenzione sul fatto finora quasi ignorato che nei processi infiammatori di vari visceri addominali i tegumenti aumentano di spessore in zone abbastanza tipiche per i singoli visceri, spesso a distanza dalla sede di questi ultimi, in modo caratteristico e quasi costante, per effetto di un lieve edema dovuto a cause ancora oscure.

Questo aumento di spessore, rilevabile colla palpazione, costituisce un segno capace di dare indicazioni utilissime per la diagnosi, e specie per la diagnosi differenziale; segno che l'O. definisce come *sintoma della succulenza tegumentaria*.

L'O. riferisce a tale proposito diversi casi, scelti fra quelli occorsigli in vari anni di osservazione, nei quali egli potè giungere a formulare diagnosi delicate, e talora assai brillanti, valendosi degli elementi di giudizio forniti dal detto sintoma.

Discussione: CAGNETTO, DUCCESCHI, BOMBI, STEFANI.

Su di un caso di ernia diaframmatica dello stomaco non traumatica.

Dott. E. DOTTI. — L'O. illustra un caso di ernia diaframmatica dello stomaco, acquisita lentamente, non traumatica, reperto accidentale di un esame radiologico eseguito per affezione di altri organi.

Dopo aver considerato la patogenesi dell'affezione, mette in evidenza i reperti fondamentali dell'esame obbiettivo e dell'esame radiologico per la diagnosi differenziale con la « eventratio » diaframmatica.

Il Vice-Segretario: A. CESTARI.

Accademia Medico-Fisica Fiorentina.

Presidente: prof. FILIPPO NERI.

Seduta del 14 aprile 1932.

Prof. U. STOPPATO e prof. F. PESCATORI. — *Contributo anatomo-clinico allo studio dei tumori benigni della mammella femminile.*

Occlusione dell'arteria mesenterica superiore in corso di aortite luetica.

Prof. F. PESCATORI e dott. T. TODOROW. — Gli OO. ritengono che per quanto l'obliterazione dell'arteria mesenterica superiore sia una causa rara di sintomatologia acuta addominale, tuttavia presenta dei sintomi ben definiti che vanno presi in considerazione.

Nel caso in parola, la sintomatologia acuta addominale fu interpretata nel senso di occlusione dell'arteria mesenterica superiore; tale processo di obliterazione non dovrebbe essere prodotto in modo acuto, ma gradatamente, richiedendo una progressiva dilatazione dell'arteria mesenterica inferiore per compire il circolo collaterale.

Chirurgia della tubercolosi polmonare.

Dott. R. PAZZAGLI e dott. G. LUCARELLI. — Dopo avere accennato ai vari interventi che si è soliti praticare nella terapia chirurgica della tubercolosi polmonare, gli OO. riferiscono la tecnica della scalenectomia, della neurectomia degli intercostali e della alcoolizzazione di questi.

Basandosi sulle proprie ricerche sperimentali e sui risultati clinici descritti concludono che è possibile ridurre ampiamente l'espansione toracica con metodi applicabili ai vari segmenti polmonari e non molto traumatizzanti. Risultati particolarmente importanti sono stati ottenuti con la resezione degli scaleni e con l'associazione di questa alla neurectomia intercostale multipla ed alla frenicectomia.

La corteccia surrenale nell'acromegalia.

Prof. A. SALMON. — La partecipazione della corteccia surrenale al processo acromegalico è avvalorata dai seguenti dati: le esperienze praticate su questa glandola dimostrano che i suoi ormoni attivano lo sviluppo somatico e scheletrico degli animali. Clinicamente si osserva che l'atrofia della corteccia surrenale si esprime con l'infantilismo, con la cachessia, mentre l'ipersurrenalismo corticale si traduce col precoce sviluppo corporeo e scheletrico dei pazienti. Gli stretti rapporti fra la preipofisi e la corteccia surrenale parlano per una sinergia funzionale fra le due glandole; sinergia che appare evidente nella gravidanza, nella menopausa, nella castrazione ovarica, nella malattia di Simmonds, nella anencefalia, nella macrogenitosomia precoce, ecc. L'ipertrofia o l'adenoma cromofilo dell'ipofisi nell'acromegalia, si associa di regola alla notevole ipertrofia delle capsule surrenali. Negli acromegalici si rilevano generalmente i sintomi più tipici dell'ipersurrenalismo corticale e midollare: i capelli ispidi e abbondanti, i peli grossi e duri, l'irsutismo, talora generalizzato a tutto il corpo, l'ipertensione arteriosa, la viva reazione dell'adrenalina, le chiazze melanodermiche, ecc. Il R. ha infine citato diversi casi di acromegalia dove si osservarono i sintomi più noti dell'ipersurrenalismo ed erano assenti i sintomi ipofisari, e dove l'ipofisi risultò istologicamente normale all'autopsia.

Seduta del 28 aprile 1932.

La glucosio-insulino-terapia nelle cardiopatie.

Dott. C. VISANI. — L'O., dati i risultati in complesso buoni ottenuti in 16 cardio-pazienti in scompenso relativo con la glucosio-insulino-terapia, data la innocuità e la praticità della cura, conclude che la glucosio-insulino-terapia senza che possa sostituire gli abituali medicamenti cardiaci, costituisce un importante elemento terapeutico e ne consiglia perciò l'uso specie se combinato ai cardiotonici abituali.

Fibro-lipoma peduncolato del mesotenue.

Dott. G. PELLICCIA. — L'O., dopo un breve riassunto statistico-clinico sui tumori solidi primitivi del mesentere, espone ed illustra un caso di fibrolipoma peduncolato del mesotenue osservato in una ragazza di 26 anni, in cui, per torsione del peduncolo, il tumore stesso aveva dato origine ad una sindrome addominale, erroneamente diagnosticata come appendicite acuta.

I Segretari: Prof. L. PICCHI-P. NICCOLINI.

Società Medico-Chirurgica Bellunese.

Seduta del 2 marzo 1932.

Presidenza: Prof. G. PIERI, presidente.

Sulla cura dell'embolia arteriosa periferica.

Prof. M. DALLA PALMA. — L'O., dopo aver preso in considerazione i vari tentativi di cura medica e chirurgica della embolia nelle arterie periferiche, illustra, sulla guida di un caso clinico, i notevoli e spesso immediati vantaggi che si possono trarre dal massaggio della zona sede dell'arteria embolizzata.

Questo facile intervento, praticato nelle prime ore, mentre in linea di massima è scevro da pericoli, può, sia nei casi di placche ateromatose, sia nel caso di trombi cruoro-fibrinosi di origine cardiaca, permettere colla frammentazione o disseminazione dell'embolo, il ristabilimento più o meno completo del circolo evitando l'insorgenza di infarti e di cangrene.

Prof. G. PIERI. — In un caso d'imminente cangrena della gamba per embolia dell'arteria poliptea datante da 10 ore, praticò l'arteriotomia e l'estrazione dell'embolo; si ebbe immediato ritorno del circolo, ma dopo circa 12 ore ricomparvero sintomi di cangrena, che costrinsero alla amputazione; l'arteria si era trombizzata nel punto già sede dell'embolo.

Evidentemente l'intervento era stato troppo tardivo.

Dott. G. FERRARI. — Osserva che buoni risultati sono stati riferiti sulla cura col massaggio anche nell'embolia dell'arteria retinica.

Prof. G. PIERI. — *Rizotomia per dolori da malformazione vertebrale.*

Pancreatite emorragica ricorrente.

Dott. V. TANFERNA. — L'O. illustra un caso di pancreatite emorragica, concernente una donna di 67 anni che venne a morte in seguito a una violenta sindrome dolorosa dell'addome destro datante da 3 giorni e interpretabile in apparenza come un'appendicite acuta.

Attacchi dolorosi consimili, ma meno gravi, si erano verificati di tanto in tanto negli ultimi tre anni.

L'autopsia dimostrò nel peritoneo le tipiche macchie di cera, un vasto focolaio emorragico distruttivo nella testa del pancreas, e nel corpo del pancreas le cicatrici di altri focolai pregressi; inoltre grossi calcoli nella cistifellea (di pigmento e colesterina).

Importante rilevare come sebbene le lesioni pancreatiche di antica data fossero molto estese, la paziente negli ultimi tre anni non ebbe mai ad accusare nè disturbi digestivi, nè altra sintomatologia (iperglicemia) da far pensare a deficiente funzione pancreatica.

Prof. M. LAPENNA. — Ricorda che recentemente è stato descritto un sintomo radiologico della pancreatite, consistente in un abnorme meteorismo delle anse del tenue; ma egli in due casi osservati (uno di pancreatite acuta e uno di pancreatite cronica recidivante terminato con la morte) non lo ha constatato.

Un singolare tipo di calcificazione polmonare post-traumatica.

DOTT. F. CUCCHINI. — L'O. illustra un caso di questa rara affezione (ne sono stati descritti finora solo 3 casi).

Si tratta di un soggetto di 39 anni che durante la guerra riportò una ferita trasfossa del polmone sinistro, che guarì dopo qualche mese; da alcuni anni erano comparsi dolori all'emitorace sinistro con tosse, sintomi che si sono aggravati da qualche mese.

La radiografia dimostra un'ombra ovalare a grande asse verticale che occupa gran parte del polmone sinistro, a margini molto netti (evidentemente calcificati) e con livello liquido inferiore.

L'operazione (costotomia, apertura della cavità con la pinza ossivora e drenaggio) diede un miglioramento temporaneo; dopo due mesi il paziente muore per anemia acuta da emottisi infrenabili.

L'autopsia (l'O. presenta il pezzo) dimostrò che la cavità della parete calcificata è dello spessore di 1-2 millimetri, occupa tutta la parte esterna del polmone sinistro. L'O. pensa che tale tipo di affezione sia secondario a una lesione vasale del polmone con successiva distruzione del parenchima, a tipo d'infarto, e deposizione di sali calcarei nella zona connettiva reattiva delimitante.

Dott. G. LISE. — *Un caso di lussazione laterale esterna dell'avampiede.*

Il Segretario: Dott. G. LOCATELLI.

Società Medico-Chirurgica Bresciana.

Presidente: Prof. U. BARATOZZI.

Seduta scientifica del 23 febbraio 1932.

Dott. G. MUGGIA. — *L'endemia tiroidea nella provincia di Brescia.*

Il bismuto come antiluetico sperimentato nell'Ospedale di Brescia fin dal 1798.

Prof. M. FIAMBERTI. — È noto come al Balzer sia stata attribuita l'idea di adoperare per primo nel 1889 il bismuto contro la sifilide. Si rivendicò tosto la proprietà al Massucci che nel gennaio dello stesso anno avrebbe avuto la medesima iniziativa.

L'O. crede di poter risalire un secolo addietro, riportando alcuni passi di una memoria pubblicata nel 1798 nel « Giornale per servire alla storia ragionata della medicina di questo secolo », t. XII, parte 2ª, edito in Venezia nella stamperia di G. B. Pasquali, di cui egli ha potuto prendere visione

per la cortesia del collega dott. Guidotti, che ne possiede un esemplare.

Tale memoria è stata scritta da un pavese, Francesco Marabelli, che ricopriva in quel tempo la cattedra di chimica nel pubblico ginnasio di Brescia.

L'O. richiama e illustra i concetti teorici che servirono al Marabelli di base per tale tentativo. Esso potè essere eseguito nell'Ospedale di Brescia su malati del reparto venerei dell'esercito francese, mercè l'interessamento dell'allora celebre capo chirurgo Boê e si ottennero « considerevoli vantaggi ».

L'O. conclude come la controversia della priorità dell'uso del bismuto contro la lues tra il Balzer e il Massucci possa facilmente essere composta, nel senso che tale priorità sia invece attribuita al Marabelli, che ben 135 anni fa, un secolo circa cioè prima di essi, nell'Ospedale di Brescia compì i primi tentativi, documentati da un'ampia memoria.

Seduta scientifica del 22 marzo 1932.

Prof. A. PELLEGRINI. — *Cinematizzazioni e tensori nelle paralisi degli arti.*

Prof. A. PELLEGRINI. — *Come Vanghetti preconizzava le trazioni sullo scheletro mediante filo.*

A proposito della gravidanza extrauterina recidivante.

Prof. G. DOSSENA. — La percentuale di recidive osservata dall'O. è del 4,63 %. Ritiene che la sospettata presenza di fattori costituzionali nella genesi della gravidanza extrauterina, sia sopratutto da tenersi presente per i casi di recidiva. Passa in rassegna e discute le ipotesi emesse per spiegare tali fattori costituzionali sulla base di un sicuro caso in cui la recidiva è stata provocata dalla « migrazione esterna » dell'uovo. L'O. insiste nella necessità, per la profilassi di tale evenienza, di asportare sempre l'ovaia unitamente alla tuba gravida.

Seduta scientifica del 5 aprile 1932.

Esperimenti malarici negli epilettici.

Dott. R. SPAGNOLI. — L'O. ha tratto le seguenti conclusioni:

1) che i peggioramenti osservati in seguito alla infezione malarica e dopo lo sfebbramento negli epilettici possono essere imputati in parte al chinino che, specie in soggetti con numerose crisi convulsive, è capace di determinare ed aumentare in frequenza gli accessi epilettici;

2) che in base alle controindicazioni esistenti per l'uso del chinino, nell'epilessia ed in altri processi patologici del sistema nervoso (ad esempio nella sifilide cronica) si deve prescrivere questo specifico con grande cautela, in qualche caso di particolare gravità dando la preferenza ad altro metodo di smalarizzazione (stovarsolo, bismarsolo) per non incorrere nel pericolo di fenomeni di idiosincrasia o di aggravamento della forma morbosa;

3) che dallo spoglio della letteratura in proposito e dagli esperimenti farmacologici eseguiti può dedursi ed avvalorare il concetto di una partecipazione del sistema nervoso vegetativo nell'epilessia;

4) che in via di ipotesi la febbre influenzerebbe il decorso dell'epilessia attraverso le variazioni del tono vegetativo e le modificazioni del ricambio da essa indotte nell'organismo dell'epilettico;

5) che il rapporto del tono vegetativo colla febbre e cogli accessi convulsivi, sia in un senso effettuale sia in un senso causale, non si può stabile coi dati attualmente acquisiti.

Diabete insipido e poliuria clinostatica.

Prof. R. CARUSI. — Vien riferito un interessante caso di diabete insipido, senza una evidente causa etiologica. Se ne discute la patogenesi alla stregua delle attuali conoscenze, e in rapporto alle condizioni cliniche presentate dal paziente.

Si richiama l'attenzione su di un fatto caratteristico presentato dalla poliuria, la quale ha mostrato un evidente clinostatismo, nel senso che la posizione coricata aumentava, e talora raddoppiava la quantità delle urine emesse. Si discutono i fattori che possono aver influito su tale speciale comportamento della secrezione renale, e si attribuisce in via d'ipotesi tale condizione alla modificata pressione endocranica, messa in rapporto con la lesione patogenetica, situata nel mesencefalo, ed a carico dell'infundibolo o del « tuber cinereum ».

Seduta scientifica del 19 aprile 1932.

Dott. E. PANCOTTO. — *Pluralità di neoplasie nello stesso soggetto.*

Corionepitelioma con degenerazione cistica delle ovaie, consecutivo a mola vescicolare.

Prof. G. DOSSENA. — L'O. dopo di aver rivendicati i meriti del Pestalozza nello studio del corionepitelioma passa alla descrizione del caso clinico riferentesi ad una donna di 30 anni. Illustra le evenienze cliniche ed anatomo-patologiche caratteristiche della neoplasia e richiama l'attenzione sulla importanza della reazione di Aschheim-Zondek per la diagnosi precoce.

La crenoterapia di Sirmione negli adolescenti cardiopatici reumatismali.

Dott. M. MIGLIORATI. — L'O. illustra l'efficacia delle cure termali di Sirmione nelle endocarditi reumatiche recenti specie nei bambini e negli adolescenti riportando osservazioni personali controllate anche dal direttore di quelle terme prof. Pinali. Ricorda gli studi precedenti sull'argomento del dott. Lombardi, del prof. Devoto, del dott. Ferraria e del prof. Pinali stesso, dai quali risulta ormai chiaramente provata l'importanza delle cure termali di Sirmione nei cardiopazienti, non inferiore a quella già universalmente riconosciuta ad alcune stazioni estere come Nanchein, Bourbon-Lancy, ed altre. Termina augurandosi che anche in Italia, dove pur ferve la lotta contro il reumatismo, si organizzino su vasta scala le cure termali per fanciulli cardiaci postraumatici, valorizzando quelle stazioni che, come Sirmione, si prestano eccellentemente allo scopo.

Il Segretario: Prof. PIETRANTONI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

Semeiotica pupillare.

M. Marin Amat, *La Medicina Ibera*, 26 settembre 1931, rileva che l'orificio pupillare ha l'ufficio di dosare la quantità di luce che deve entrare nell'interno dell'occhio, perchè la visione si verifichi nelle migliori condizioni ottiche possibili. I movimenti della pupilla sono di ingrandimento e di impiccolimento ed a tale missione sono devoluti due muscoli, il costrittore o sfintere della pupilla e il dilatatore, forniti ciascuno di innervazione autonoma.

Il sistema dilatatore dipende dal simpatico cervicale, il costrittore e dal n. oculomotore comune e dal parasimpatico.

Le fibre nervose che portano all'iride gli impulsi di contrazione e di dilatazione della pupilla derivano da cellule simpatiche aggruppate in due gangli periferici: il ganglio ciliare per la irido-costrizione e il ganglio cervicale superiore per la irido-dilatazione. Ma i veri centri riflessi dei movimenti dell'iride sono situati più lontano: quello della contrazione pupillare nel peduncolo cerebrale; quello della dilatazione nel bulbo e nella porzione cervicale della midolla spinale. Inoltre nella corteccia cerebrale esistono centri dei movimenti di contrazione e di dilatazione della pupilla non ancora esattamente localizzati. Infine la fisiologia e la clinica hanno indicato la presenza di centri sopranucleari per i movimenti pupillari di associazione.

I movimenti fisiologici della pupilla sono dunque di ordine riflesso, psichico o volontario e di associazione.

La pupilla può subire alterazioni e nella statica e nella dinamica.

Le alterazioni della statica pupillare si riferiscono alla sede, alla forma ed alle dimensioni di questo orificio.

Normalmente l'orificio pupillare occupa il centro dell'iride nel 90 % dei casi; le deviazioni accentuate dipendono quasi sempre da uno stato locale.

La forma della pupilla, in condizioni fisiologiche rotonda, può essere irregolare nella sifilide cerebrale, tabe ecc.

Viene considerata di dimensioni normali una pupilla che ha tra 2 e 6 mm. di diametro; al di sotto e al di sopra di questa misura si parla di miosi e midriasi. Quando le pupille hanno entrambi le stesse dimensioni, normali o patologiche, si parla d'isocoria, al contrario quando le dimensioni sono differenti di anisocoria. La anisocoria è un sintoma frequente: la si incontra in alcune affezioni del sistema nervoso centrale, dell'orbita e in quelle di organi toracici e addominali. In caso d'anisocoria è importante stabilire quale delle due pupille è la normale. La pupilla anormale presenta sempre una reazione meno viva alla luce; i sintomi concomitanti poi aiutano quasi sempre a risolvere il problema.

Tuttavia in molti casi si resta perplessi di fronte al problema se la miosi o la midriasi è di natura paralitica o spasmodica. Utile sarà in questi casi la prova dei collirii, tenendo presente la azione dei principali nella miosi e nella midriasi paralitica e spasmodica.

Fisiologicamente le pupille sono contratte durante il sonno, nella anestesia generale, nel coma, in alcune intossicazioni (oppio) e nella agonia; si vedono dilatate, nella sincope, in alcune intossicazioni (belladonna) e nella morte.

Le alterazioni dinamiche delle pupille consistono nella scomparsa o nella alterazione in uno o entrambi gli occhi di tutti o alcuni dei movimenti pupillari fisiologici.

L'A. riunisce in un quadro tutti i movimenti normali e patologici della pupilla e descrive sommariamente i più importanti:

1) Riflesso pupillo-palpebrale: quando si apre l'occhio, si apre la pupilla e viceversa;

2) Segno di Argyll Robertson: la pupilla non reagisce alla luce, mentre reagisce alla accomodazione;

3) Segno di Argyll Robertson invertito: la pupilla reagisce alla luce, ma non alla accomodazione;

4) Reazione emiopica di Wernicke: le pupille reagiscono quando si illuminano due emiretine e non quando si illuminano quelle di nome contrario;

5) Reazione paradossale di Piltz e Westphal: la pupilla si dilata quando si illumina l'occhio invece di contrarsi. Si riscontra nella paralisi progressiva e in alcune forme di vesania;

6) Reazione miotonica della pupilla: si tratta di una straordinaria lentezza della pupilla a contrarsi e a dilatarsi nella accomodazione (gravi affezioni del sistema nervoso);

7) Nistagmo pupillare: alternativa costante di contrazione e dilatazione della pupilla sincronica con i movimenti dei globi oculari.

Vicentini.

CASISTICA E TERAPIA.

Le convulsioni essenziali del lattante e la loro prognosi.

Un tempo gli autori vedevano nelle convulsioni del lattante la prima manifestazione dell'epilessia; più recentemente si sono riferite ad una etiologia eredoluetica, o alla spasmofilia; R. Debré e F. Levy (*Gaz. des Hôpitaux*, n. 22, 16 marzo 1932), dopo uno studio di 70 casi, le dividono in 4 grandi gruppi:

1) Convulsioni spasmofiliche. Sono circa il 25 % dei casi studiati; insorgono in lattanti,

di solito verso il 6° mese, che presentano note rachitiche spiccate. Le crisi, improvvise, hanno, più o meno completo il quadro classico della tetania.

Con la terapia calcica e vitaminica le crisi rapidamente scompaiono.

2) Convulsioni iperpiretiche. Circa il 20 % dei casi. Si manifestano, nel corso di infezioni febbrili acute, di solito verso l'acme dell'accesso febbrile, e rapidamente scompaiono col cadere della febbre, senza veruna terapia.

3) Spasmo da singhiozzo. In bambini particolarmente nervosi, durante una crisi di pianto, insorge un laringospasmo cui segue un accesso convulsivo, di breve durata, che scompare rapidamente.

4) Epilessia essenziale dei lattanti. È la più frequente, presentandosi nel 35 % circa dei casi studiati. Il suo insorgere è di solito improvviso, senza che nulla di patologico si sia riscontrato precedentemente nel lattante. A differenza dei 3 gruppi precedenti, solo raramente le crisi scompaiono nella seconda infanzia.

In quanto alla prognosi, assolutamente favorevole è quella delle convulsioni iperpiretiche e dello spasmo da singhiozzo, riservata la prognosi immediata di un accesso convulsivo spasmofilico, per il pericolo di uno spasmo della glottide, del tutto sfavorevole infine la prognosi dell'epilessia essenziale. M. PONS.

Il vomito nel lattante e la terapia alimentare.

Il vomito nel lattante è un fenomeno assai frequente: ancora incompletamente chiarito nelle sue varie forme esso costituisce sempre un interessante tema di studi ed osservazioni.

L'argomento è stato recentemente ripreso dal Prof. Muggia (*Il lattante*, marzo 1932) e studiato nei suoi diversi momenti etiologici, nelle diverse interpretazioni date dagli AA. e nei diversi trattamenti fino ad ora, seguiti.

Il Macciotta riporta anche l'osservazione clinica di una bambina di 5 mesi, nella quale il vomito avveniva per dilatazione del cardias, il quale si rendeva insufficiente, ma dietro spasmo dell'esofago e questo spasmo a sua volta succedeva solo quando in esso vi era una pressione discreta di liquidi. Non avveniva nè spasmo esofageo, nè dilatazione permanente del cardias se la pressione endoesofagea era minima e solo di 10 cc. di liquido. Dopo alcuni tentativi l'A. riuscì a far ingerire alla bambina una razione di 150 gr. ogni 3 ore (di polvere di latte e Mellin's Food) però detta razione veniva somministrata alla dose di 10-15 gr. ogni 10 minuti.

L'effetto fu meraviglioso, in breve il vomito cessò, l'alvo divenne regolare, e il peso che al 5° mese era di 4.710 a 12 mesi arrivò a 9.200. L'A. insiste sull'importanza di stabilire in ogni caso la natura del vomito, per una opportuna cura, la quale più che medicamentosa dovrà essere alimentare. C. NERVI.

Sulla encefalite post-vaccinica.

Il direttore dell'Istituto Bacteriologico di Stato, Dott. Kling riferì al Comitato Permanente dell'Ufficio Internazionale d'Igiene Pubblica nella sessione dell'ottobre 1931, una interessante relazione sulla encefalite post-vaccinica in Svezia. In detta relazione pubblicata dall'*Office International d'Hygiene Publique* del gennaio 1931, l'A. ricorda come in Isvezia fin dalla primavera del 1929, fosse stata resa obbligatoria la denunzia di ogni caso di complicazioni nervose consecutive alla vaccinazione.

Nell'anno 1931 furono denunziati 10 casi, e questi vennero minuziosamente studiati dal medico curante, e da esperti appositamente incaricati. Di questi 10 casi, 7 che vennero sicuramente riconosciuti come casi di encefalite post-vaccinica, riguardavano bambini dai 2 anni e mezzo agli 8 anni. In detti casi non potè essere stabilito un rapporto tra il grado d'intensità della reazione vaccinale e l'insorgenza dell'encefalite. Il periodo d'incubazione variò dai 7 ai 12 giorni: i sintomi osservati furono quelli già descritti nei casi presentatisi negli altri paesi e cioè: febbre, sonnolenza, mioclonia, convulsioni generali, rigidità nucale, fenomeno di Babinski.

La durata della malattia fu per lo più assai breve, dai 2 ai 4 giorni; solo in qualche caso raggiunse i 30 giorni.

In un caso si ebbe morte al 4° giorno. Dal punto di vista epidemiologico, in Isvezia, l'encefalite post-vaccinica non pare dunque molto frequente, poichè sopra 600.000 vaccinazioni, (dal 1924 al 1931, si ebbero solo 30 casi di detta forma morbosa, vale a dire il 5 per centomila).

Dei 30 casi 5 furono mortali, ed essi furono confermati dagli esami istologici. Dalla primavera del 1929 furono intraprese dal Laboratorio Bacteriologico di Stato, ricerche sperimentali, bacteriologiche e istologiche intorno a dette malattie.

In nessun caso fu notata la presenza del virus vaccinale nella sostanza cerebrale dei bambini morti di encefalite, e mai si è potuto riprodurre il quadro dell'encefalite post-vaccinale, in animali d'esperimento (scimmie, chimpanzè, coniglio, ratto bianco).

In due casi di encefalite post-vaccinale furono messi in evidenza, nella sostanza cerebrale dei corpuscoli rotondi od ovoidi probabilmente di natura protozoaria, che furono messi in rapporto con le lesioni del nevrasse. A questo proposito sono anzi in corso speciali ricerche i risultati delle quali verranno riferiti nella prossima riunione del Comitato.

C. NERVI.

Le mastiti acute dell'allattamento.

La causa principale è costituita dall'infezione del capezzolo; le lesioni compaiono dal 3° al 5° giorno dell'allattamento ed, insensibili

nell'intervallo delle poppate, provocano vivi dolori durante queste.

Vi possono però contribuire anche la ritenzione lattea (per evitarla, sostenere la mammella con una fascia che, comprimendola energicamente, ne favorisce l'evacuazione) ed i traumatismi ripetuti.

Se non si sospende l'allattamento, la malattia procede verso la fase suppurativa, con brividi e febbre elevata (40°) verso il 6°-9° giorno.

La mammella si presenta dolente, con una placca rossa e coi gangli ascellari tumefatti; si viene poi costituendo l'ascesso.

Come *profilassi*, Hébert e Nicoglou (*Rev. franç. de gyn. et obst.*, ott. 1931) consigliano di passare sul capezzolo un po' di cotone imbevuto di olio commestibile, e ciò tutti i giorni durante la gravidanza. Evitare, in questo periodo l'alcool, che si userà invece dopo il parto, prima e dopo ogni poppata; finita questa, applicare una compressa sterile mantenuta con una fascia di tela un po' stretta; dopo il 15° giorno, basta la lavatura con semplice acqua bollita.

Se la lavatura con alcool diventa dolorosa (formazione di ragadi), lavare il capezzolo con acqua bollita ed applicare mattina e sera una pomata di carbonato di bismuto (g. 8) in g. 100 di vaselina oppure un filtrato antistafilococcico. Pulizia accurata delle mani ed unghie. Nel periodo presuppurativo, medicature umide e calde ogni 2 ore; applicazioni locali di ghiaccio, se vi è vivo dolore. Iniezioni sottocutanee di vaccino a dosi crescenti, incominciando con dosi deboli (talvolta si hanno forti febbri) oppure iniezioni locali di batteriofago. In qualche caso, l'ascesso abortisce.

Una volta costituitosi l'ascesso, se è superficiale, puntura col vaccinostile o drenaggio continuo mediante un fascio di crini; la lavatura col filtrato o col batteriofago affretta la guarigione.

Se si tratta di ascesso ghiandolare vero, puntura profonda col bistori; lavatura col filtrato litico ed introduzione di uno stuello imbevuto con lo stesso; ripetere 2-3 volte al giorno; la guarigione si ha spesso in 5-6 giorni.

Se gli ascessi sono multiloculari, piccola incisione in corrispondenza dell'areola, nel punto più fluttuante (larga 3 cm.); con l'indice che esplora la cavità, si sfondano i tramezzi e si assicura un largo drenaggio. Lavatura come sopra; la guarigione si ha in 10-15 giorni.

fil.

TECNICA RADIOLOGICA.

Riempimento di contrasto dell'articolazione del ginocchio.

Epstein (*Zbl. f. Chir.*, n. 40 1931), nello eseguire la radiografia in casi di versamenti articolari traumatici del ginocchio, ricorre all'iniezione endoarticolare di una soluzione al 40 % di Abrodil iniettandone circa la metà della quantità di liquido estratto con la puntura evacuatrice. Con l'anestesia locale il dolore è ridotto al minimo e nei casi dell'A. non è stato mai così forte da richiedere l'estrazione dell'Abrodil. Quand'è possibile, dopo la iniezione è utile fare qualche movimento passivo per far distribuire meglio il liquido ($\sqrt{2}$). I risultati dal punto di vista diagnostico sono stati assai soddisfacenti specialmente in un caso in cui fu potuta diagnosticare con tale metodo la lesione di un menisco. ($\sqrt{1}$) La radiografia si può eseguire fino a 1-1½ ora dopo l'iniezione. Trascorso tale tempo non si ha più alcuna immagine di contrasto.

($\sqrt{3}$) In nessun caso, dei sette trattati in tal modo, l'A. ha osservato danni prodotti dall'Abrodil; che anzi in alcuni casi il versamento articolare, che si era riformato malgrado ripetute punture evacuatrici, non si riformò più dopo l'iniezione di Abrodil.

L'A. perciò raccomanda il metodo come un valido ausilio diagnostico privo di pericoli.

G. PACETTO.

MEDICINA SCIENTIFICA

Tentativi di una valutazione biologica degli espettoranti.

E. Hesse, H. Müller e R. Nagel (*Med. Klin.*, 5, 1932) hanno saggiato sul cane — il coniglio prestandosi poco — l'azione dei varii espettoranti. Empiendo i bronchi di un cane con pasta al solfato di bario, l'animale sotto l'azione di espettoranti efficaci, espelle una parte del materiale.

Saggiate con questa tecnica si sono dimostrate particolarmente efficaci quelle sostanze che contengono sali, saponine, ammonio, acido cloridrico, guaiacolsolforico, potassio e creosoto.

Secondo gli AA. queste loro ricerche potrebbero rappresentare il punto di partenza per una valutazione biologica dei varii espettoranti.

V. SERRA.

Calcioterapia e tossioemie gravidiche.

Negli ultimi mesi della gravidanza c'è diminuzione del calcio del sangue. W. C. W. Nixon (*Lancet*, 8 agosto 1931), studiò 2 casi di eclampsia, 8 di preeclampsia e uno di iperemesi della gravidanza e trovò una sola volta (in un caso di eclampsia) una calcemia inferiore al normale. L'uso del gluconato di calcio endovenoso (10 cc. di soluzione al 10 %) non ha dato risultati soddisfacenti.

R. LUSENA.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Al dott. V. C. Napoli:

Il giornale medico « *Le Concours Médical* » nel quale è comparso l'articolo sulle crisi gastriche si pubblica a Parigi (Redazione ed Amministrazione: Rue de Bellefond 37, Paris 9e). L'articolo è stato largamente riassunto nel « Policlinico ». Nell'originale non troverebbe maggiori dettagli.

DR.

VARIA

Goethe e la scienza.

La ricorrenza centenaria della morte di Wolfango Goethe (avvenuta come è noto il 22 marzo 1832) è stata commemorata dovunque con cerimonie, conferenze, pubblicazioni. Citiamo, fra l'altro, le belle traduzioni italiane del Faust e del Viaggio in Italia e, tra le pubblicazioni francesi i due grossi fascicoli della Nouvelle Revue Française e di Europe, interamente dedicati a Goethe.

Omaggio universale che indica l'universalità della mente di Goethe, genio tedesco profondamente imbevuto di classicismo. Non è qui il luogo di accennare alla sua prodigiosa produzione letteraria, in cui essenzialmente rifulse la sua genialità. Ma la sua mente vasta ed aperta ha trovato le sue gioie, forse più intime, nel gran libro della Natura; egli si appassionò, di fatto, vivamente a problemi di botanica, di geologia, di meteorologia (curiosissime alcune osservazioni sulle forme delle nubi), di morfologia, ecc.

Per lui, lo studio della natura era un bisogno, un'esigenza del suo spirito, che ha sempre stimolato il suo lavoro, la sua passione. Fin da giovane, mentre faceva i corsi di Diritto, si occupava di scienze naturali, facendo collezioni di piante, di conchiglie, di pietre e coglieva ogni occasione per approfondire le sue conoscenze in materia.

Questo suo amore per la natura esercitò un'influenza benefica sulla sua mente portandola a quella aderenza ai fatti che informa tutta la sua opera e la fa più viva ed umana. Per questo, lo studio di Goethe come naturalista è essenziale per ben comprendere le sue opere. Per questo, egli si stacca dal pensiero tedesco, specialmente di quei tempi, nebuloso e teorizzante e più di una volta egli esprime la sua ostilità contro le pure teorie che sono, egli dice, l'opera precipitosa di uno spirito impaziente, che vorrebbe sbarazzarsi dai fenomeni per sostituirvi delle immagini, dei concetti, spesso null'altro che delle parole. «Grigia», egli fa dire a Mefistofele, «è ogni teoria e verdeggiante l'aureo albero della vita».

Trascinato dal bisogno di connettere fra loro i diversi fenomeni naturali e convinto dell'esistenza di principii semplici ed uniformi, egli andò sempre alla ricerca dei fenomeni primordiali che stessero alla base dei fatti osservati, il che lo condusse a considerare il cranio come il prodotto della trasformazione delle vertebre ed a vedere nelle diverse parti delle piante la trasformazione della foglia primitiva, principio mantenuto fino ai nostri giorni quale fondamento dell'organologia vegetale.

Ma, oltre alla teoria vertebrale del cranio, in cui Goethe ha preceduto di molti anni Oken e che, sebbene parzialmente modificata, vige tuttora, egli si occupò di altri problemi osteologici, che lo portarono a dimostrare l'esistenza dell'osso intermascellare dell'uomo, già ammesso da Nesbit e da Vic d'Azyr, ma di cui l'esistenza venne contestata da altri.

Tale osso, libero nelle scimmie, è quasi sempre saldato nell'uomo e perciò non agevolmente riconoscibile. Dallo studio dell'anatomia comparata e dei cranii di bambini e di embrioni, Goethe conclude per l'esistenza di tale osso, che viene dimostrata anche dalla deformità nota sotto il nome di labbro leporino, dovuta a difetto di sutura, mentre la mancanza costituisce la così detta « gola di lupo ».

Di tale sua scoperta, per cui ebbe vivaci polemiche con gli scienziati dell'epoca, Goethe fu giustamente orgoglioso, anche perchè la presenza di questo osso costituiva per lui la conferma di un rapporto ideale fra il tipo dell'uomo e quello dei mammiferi. Concetto che unito a quello delle metamorfosi di formazioni primordiali fa di Goethe un precursore delle vedute di Darwin e lo porta a trovare l'eterna unità nella natura, che egli esprime nei mirabili versi che precedono i suoi lavori di osteologia.

Si occupò anche ampiamente della teoria dei colori (in un volume di circa 700 pagine fitte), polemizzando specialmente con Newton ed ammettendo che i colori fossero dovuti ad interazioni diverse di luce e di oscurità. Interessante è il vedere come egli intravede ed interpreta i rapporti fisiologici esistenti fra i colori e la loro percezione da parte dell'uomo.

Spunti riguardanti la medicina si trovano qua e là nelle opere di Goethe. Citiamo, fra gli altri, i consigli di indole naturista di Mefistofele e Faust per ringiovanire e quelli maliziosetti, pure di Mefistofele, allo scolaro, per cattivarsi le donne; l'osservazione, sempre di Mefistofele, che il medico sa giovare con un pizzico di ciarlataneria. Non parliamo poi dei consigli... cosmetici di Mefistofele, alla corte dell'Imperatore, che risentono del resto dei vecchi intrugli prescritti un tempo. Nella seconda parte vediamo pure il grande rispetto di Faust per le virtù mediche di Chirone, che conosce le proprietà delle piante e sa guarire il male e lenire le ferite.

Passano così nell'opera di Goethe i riflessi della sua vita e delle sue tendenze e soprattutto della bramosia di sapere che egli dà come caratteristica del suo Faust, anelante sempre verso la luce. E, « luce, più luce » sono state le sue ultime parole. Forse egli chiedeva soltanto che si aprissero le finestre per vederci un po' meglio in quel grigio e piovoso mattino di marzo. Ma, nelle parole si è voluto trovare un simbolo profondo di una luce a cui egli anelava nel passaggio alle tenebre della morte.

A. FILIPPINI.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Ardara (*Sassari*). — Scad. 31 lug.; L. 9500 per 500 pov., addizion. L. 5, arm. farm. L. 1000, uff. san. L. 800; riduz. 12 %; 4 quadrienni dec.; riconoscimento serv. anter.; età lim. 45 a.; tassa lire 50,10.

Brindisi. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Scad. 15 giu.; direttore; L. 16.000 e 2 quadrienni di L. 1000, oltre serv. att. L. 4200; riduz. 12 %; età lim 45 a.; rivolgersi al Presidente.

Buddusò (*Sassari*). — Scad. 20 lug.; per Giosso; L. 10.500 e 4 quadrienni dec., oltre L. 2500 cavalc., L. 1000 arm. farm.; riduz. 12 %.

Cairate (*Varese*). — Scad. 27 mag.; L. 9000 dedotte 12 %, oltre L. 200 trasp.

Campo di Trens (*Bolzano*). — Scad. 1° lug.; lire 7500 oltre L. 750 uff. san., addizion. L. 6 sopra il 25 % della popolaz.; 5 quadrienni dec.; 15 % stipendio iniziale per gestione armadio farmaceut.; indenn. alloggio; c.-v.; trattenute di legge; tassa L. 50.

Carmiano (*Lecce*). — Scad. 15 giu.; ore 12; capoluogo; L. 8500 e 5 quadrienni dec., addizion. L. 3 e L. 5, ritenute 12 %; età lim. 40 a. al 25 apr.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi.

Caselle Landi (*Piacenza*). — Scad. 31 mag.; L. 11.500 oltre L. 3500 automob., L. 700 uff. san., L. 500 ambulat.; riduz. 12 %.

Firenze. *R. Arcispedale di S. Maria Nuova e Stabilimenti Riuniti.* — Scad. 31 mag.; aiuto chirurgo; titoli ed esami; età lim. 35 a.; L. 7050 da decurtarsi del 12 %; c.-v.; indennità e proventi regolamentari; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 1° maggio. Chiedere annunzio.

Fratta Polesine (*Rovigo*). — Scad. 31 mag.; L. 8000 per 1000 pov. e L. 800 serv. att., 5 quadrienni dec., c.-v., L. 3000 trasp., eventualm. indennità ambulatorio; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

Gerocarne (*Catanzaro*). — Scad. 15 lug.; 1° reparto; L. 7500 e 5 quadrienni dec.; cavalc. L. 3000; riduz. 12 %; età lim. 45 a.; tassa L. 50,10.

Gessopalena (*Chieti*). — Al 6 giu.; età lim. 40 a. al 28 apr.; doc. a 3 mesi; L. 9000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 500 uff. san.; riduz. 12 %; tassa L. 50. Serv. entro 20 gg. I lavori scientifici dovranno essere regolarmente pubblicati su riviste.

La Spezia. *Spedale Civile Vitt. Em. II.* — Scad. 30 giu.; medico specialista di pediatria; titoli ed eventualm. esami; L. 6000 e 5 quinquenni di lire 500; riduz. 12 %; età lim. 45 a.; tassa L. 50,10. Domanda e docum. al Presidente.

Melle (*Cuneo*). — Scad. 31 mag.; con Frassino; rivolgersi segreteria comun.

Messina. *Amministraz. Prov.* — Scad. 15 giu., ore 18; assistente presso la Sez. med.-micrograf. del Laborat. Prov. d'Igiene e Profil.; L. 11.600 aumentabili e L. 2800 serv. att.; ritenute prescritte. Assistente Sez. chim.; stesse condizioni. Chiedere annunzio.

Mestre (*Venezia*). *Ospedale Civile.* — A tutto 15 giu.; medico chirurgo assistente; assegni e compartecipazioni regolamentari.

Mignanego (*Genova*). — Scad. 30 giu., ore 17; L. 8400 e 10 bienni ventes., oltre L. 500 se uff. san., L. 300-600-1400-3000 trasp., L. 300 ambulat. al proprio domicilio; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; doc. a 3 mesi dal 25 apr.; tassa L. 50,10; serv. entro 15 gg.

Palazzolo Vercellese (*Vercelli*). — Per titoli. Condotta medico-chirurgica. Stipendio iniziale lordo L. 7000, aumentabile di dieci ventesimi biennali. Indennità di caro-viveri, di trasporto e di ambulatorio. Il tutto soggetto a riduzione del 12 %. Scadenza ore diciasette del 10 giugno p. v. Richiedere avviso alla Segreteria Comunale.

Portomaggiore (*Ferrara*). — Scad. 25 giu.; 5ª cond.; L. 9500 e 5 quadrienni dec.; assegno complementare L. 2340 se celibe, L. 2700 se ammogl.; L. 2500 trasp.; addizion. L. 3 sopra i 1000 pov.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

Reggio Calabria. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli scientifici e pratici. Un posto di medico primario e tre posti di medico di Sezione dell'Ospedale Psichiatrico Provinciale. Età richiesta: minima di anni 21; massima di anni 35, prorogata a 40 anni per gli ex combattenti; per i dipendenti da altre Amministrazioni Provinciali non sarà tenuto conto dei limiti di età. Da esibire, entro il 20 giugno p. v., i consueti documenti di rito, e la prova, per il concorrente al posto di medico primario, di aver prestato servizio in manicomi od in cliniche psichiatriche per non meno di un biennio. Per il primario: stipendio annuo L. 16.700, aumentabile a L. 17.500 dopo quattro anni di servizio ed a L. 18.000 dopo otto anni; L. 3700 all'anno per supplemento di servizio attivo. Per gli altri: stipendio annuo L. 14.400, aumentabile a L. 15.000 dopo quattro anni di servizio, a L. 15.900 dopo otto anni ed a L. 16.700 dopo dodici anni; L. 3000 all'anno per supplemento di servizio attivo. Per maggiori chiarimenti rivolgersi all'Amministrazione Provinciale di Reggio Calabria.

Rocca Pietrore (*Belluno*). — Scad. 15 lug.; lire 9000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1000-2000-3500 trasp., L. 500 uff. san., L. 540 ambulat.; riduz. 12 %; tassa L. 50,10.

Roma. *Ministero delle Comunicazioni* (*Ferrovie dello Stato*). — Concorsi per titoli ai seguenti posti di Medico di riparto: Aquila I, Falconara II, Popoli, Vasto (Ancona); Gonzaga Reggiolo, Legnago I (Bologna); Bozzolo, Legnano, Brescia I (Milano); Capua (Napoli); Bagheria, Marausa, S. Stefano di Camastra, Salaparuta (Palermo); S. Lucido, Amantea II, Nicotera I (Reggio Calabria); Torchiara (Salerno); Ceprano I, Arsoli (Roma); Bassano del Grappa, Carmignano di Brenta (Venezia). Inviare domanda e richiedere informazioni ai rispettivi Ispettorati Sanitari (indicati fra parentesi). Scadenza ore 17 del 20 giugno 1932-X.

Roma. *Pio Istituto di S. Spirito e Ospedali Riuniti.* — Scad. 10 giu.; 6 aiuti chirurghi; L. 7300 ridotte 12 %; c.-v.; età lim. 35 a.; tassa L. 50; rivolgersi Segreteria generale.

SACILE (*Udine*). — Scad. 31 lug.; 2° reparto; lire 8000 e 6 quadrienni dec., L. 1000-1500-3000 trasp., L. 500 serv. att., L. 420-1200 c.-v.; riduz. 12 %; età lim. 45 a.; tassa L. 50; certificato punti esami speciali e di laurea.

SALERNO. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli ed esami. Posto di assistente presso la Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale d'igiene e profilassi. Stipendio L. 9500, aumentabile al massimo di L. 11.600; supplemento di servizio attivo L. 2100; aggiunta di famiglia secondo le norme vigenti per gli impiegati statali: il tutto al netto delle ritenute di legge. Titolo di studio: diploma di abilitazione all'esercizio della professione di medico-chirurgo o diploma di laurea in medicina e chirurgia, conseguito entro il 31 dicembre 1925 da coloro che si trovino nella condizione di cui all'art. 6 del R. D. 31 dicembre 1923, n. 2909. Età massima: anni 35, salvo il disposto dell'art. 42 del R. D. 30 settembre 1922, n. 1290. Termine utile per la presentazione delle istanze e documenti prescritti dal R. D. 16 gennaio 1927, n. 155: otto luglio 1932. Programmi e norme di esami giusta R. D. 9 maggio 1927.

TAVERNOLA e PREDORE (*Bergamo*). — Posto di medico e ufficiale sanitario. Per titoli. Condotta consorziale con residenza in Tavernola. Stipendio residenziale L. 8000, con 5 aumenti quinquennali del decimo. Agli effetti di detti aumenti, il periodo di prova (anni due) non è computabile. Indennità per obbligo automezzo: L. 2000; id. di ufficiale sanitario L. 500; id. caro-viveri, di legge. Quote capitarie per i poveri, come da capitolato. Gli emolumenti suddetti sono al netto della riduzione del 12 %, ma sono invece al lordo delle trattenute di ricch. mob., Cassa Pensioni e Contributo a favore dell'I.N.I.E.L. Età massima anni 40 salvo eccezioni di legge. Domanda e documenti, in bollo competente; e debitamente legalizzati quelli rilasciati fuori della Prov. di Bergamo; debbono pervenire entro il 21 luglio al Podestà di Tavernola.

VENEZIA. *Ospedali Civili Riuniti.* — Scad. 31 mag., ore 17; medici chirurgi assistenti straordinari; L. 3915 per i celibi e L. 4275 per i coniugati; diminuente del 12 %; titoli ed esami; tassa L. 50 al Tesoriere; età lim. 30 a.; doc. a 3 mesi dal 10 mag.; serv. entro 15 gg.

VICENZA. *Consorzio antitubercolare Provinciale.* — Per titoli. Posti di Direttore delle Sezioni dispensariali antitubercolari della provincia di Vicenza, alle dipendenze del Consorzio Provinciale Antitubercolare. Classe I, posti 3, stipendio annuo L. 8000; Classe II, posti 4, stipendio annuo L. 6000; Classe III, posti 1, stipendio annuo L. 4000. Scadenza 30 giugno 1932-X. Documenti di rito; chiarimenti alla Segreteria del Consorzio Provinciale Antitubercolare di Vicenza (presso l'Amministrazione Provinciale).

VILLANOVA MONTELEONE (*Sassari*). — Scad. 30 mag.; per Putifigari; L. 10.500; deduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

CONCORSI A PREMI.

Società Italiana di Psichiatria.

La Società indice due concorsi a premio fra gli studiosi inscritti alla Società almeno entro il 1932. Essi sono i seguenti: uno di lire duemila al miglior lavoro di Istologia patologica del sistema nervoso, preferibilmente in rapporto alle malattie mentali; uno di lire cinquemila al miglior lavoro sul tema: Terapia della paralisi progressiva (offerto dallo Stabilimento chimico - farmaceutico Russi e C. di Ancona).

I lavori debbono essere inviati in cinque copie alla Presidenza (Clinica Neuropsichiatrica della R. Università di Modena) con domanda in carta semplice, entro il 15 marzo 1933, e debbono essere inediti (dattilografati o in bozze di stampa per pubblicazione che non deve aver luogo prima della scadenza del concorso). Verranno giudicati da una Commissione nominata dal Consiglio direttivo della Società; i premi verranno assegnati in occasione del Congresso della Società progettato per la primavera del 1933 in Siena.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il nostro redattore-capo, prof. Cesare Frugoni, è stato insignito della nomina di grande ufficiale nell'Ordine della Corona d'Italia. All'illustre clinico e studioso la redazione e l'amministrazione esprimono il compiacimento più cordiale.

La Reale Accademia d'Italia ha assegnato uno dei premi della Fondazione Volta, per viaggi e soggiorni di studio all'Estero, al prof. Mario Ghiron, aiuto presso la R. Clinica Medica di Roma. Rallegramenti.

La medaglia Carl Ludwig recentemente istituita dalla Società tedesca per gli studi sulla circolazione è stata conferita al dott. Friedrich Moritz, professore di medicina interna a Colonia.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Milano.

Inaugurazione ufficiale dell'Istituto Neurologico.

Il giorno 19 aprile u. s. all'augusta presenza di S. M. il Re è stato inaugurato ufficialmente l'Istituto Neurologico, che ospita pure la Clinica per le Malattie Nervose e Mentali della R. Università. Com'è noto, l'Istituto Neurologico, sorto in origine con lo scopo preciso di albergare a soccorrere invalidi di guerra del sistema nervoso centrale, era venuto man mano trasformandosi in Clinica per ogni affezione organica del sistema nervoso e fin dal primo sorgere dell'Università Milanese ha albergato la Clinica Universitaria omonima diretta dal chiar.mo prof. C. Besta che veniva in pari tempo ad assumere le funzioni di direttore dell'Ente morale costituito dall'Istituto Neurologico stesso. Sino ad epoca del tutto recente sede della Clinica e dell'Istituto era il Padiglione conosciuto sotto il nome di Villa Marelli che col tempo era venuto dimostrandosi del tutto insufficiente alle necessità del momento. Per tale ragione e per merito precipuo dell'aiuto finanziario prestato dal sen. Puricelli e per l'indefessa attività organizzativa del prof. Besta, si è provveduto lo scorso anno alla costruzione di un nuovo imponente edificio situato all'estremo limite della Città degli Studi. Tale edificio, costruito su progetto dell'architetto Faravelli rappresenta quanto di più moderno può richiedere una Clinica specializzata; esso copre un'area di circa 10.000 mq. ed è costituita da 3 piani. Nei sotterranei sono contenuti tutti i locali per i servizi, gli impianti di essicazione, ecc., oltre alle camere oscure, le camere di operazione per animali, ecc. Al piano terreno si trovano la direzione ed i laboratori del direttore, i locali dell'amministrazione ed i laboratori rispettivi di Biochimica, Sierologia, Ricerche fisiologiche, Ricerche psicologiche, Istologia; tutta un'aula dell'edificio è poi dedicata alla Radiologia che nelle realizzazioni del Direttore, sia per la diagnosi che per la cura, ha assunto un valore assolutamente preminente. Nel primo piano sono contenuti i reparti dei malati solventi ed il reparto chirurgico che è attrezzato con tutto quanto di più moderno può fornire la tecnica a quella delicatissima branca della chirurgia che è la chirurgia del sistema nervoso. Al terzo piano si trovano il reparto degli ammalati di terza categoria ed una sezione speciale per gli invalidi di guerra.

La cerimonia suddetta, alla quale oltre S. M. il Re, hanno assistito tutte le principali autorità, è stato un degno coronamento dell'indefessa attività scientifica del prof. C. Besta, che ha saputo dare un impulso tutt'affatto particolare alle cure chirurgiche delle malattie del sistema nervoso centrale, e con le sue personali vedute sul criterio totalitario nello studio dell'individuo affetto da forme del sistema nervoso, ha contribuito in modo particolare al progresso della Neuropatologia. R. ASCOLI.

NOTIZIE DIVERSE.

2° Congresso internazionale d'oto-rino-laringologia.

Si terrà a Madrid dal 27 al 30 settembre, con l'alto patronato del presidente della Repubblica Spagnola e sotto la presidenza del prof. Tapia di Madrid. In onore dei congressisti si preparano feste, ricevimenti, tauromachie, rappresentazioni teatrali, escursioni, visite ecc. Inviare le iscrizioni quanto prima al segretario generale, Dr. Fumagallo, Hermosilla, 2 Moderno, Madrid. A rappresentante dell'Italia è stato delegato il prof. G. Bilancioni.

36° Congresso francese di neuropsichiatria.

L'Associazione dei medici alienisti e neurologi della Francia e dei Paesi di lingua francese terrà la sua prossima riunione a Limoges, dal 25 al 30 luglio, sotto la presidenza del prof. Euzière, decano della Facoltà medica di Montpellier. Temi: «Il compito e l'importanza della costituzione in psicopatologia»; «Le leucoencefaliti e altre affezioni diffuse della sostanza bianca del cervello»; «La protezione dei beni degli psicopatici». Per informazioni rivolgersi al segretario annuale dell'Associazione, dott. Calmettes, médecin-chef à l'Asile de Naugeat (Haute Vienne), Francia. È concessa la riduzione del 50 % sulle ferrovie francesi.

Congresso francese di ginecologia.

È indetto dal 3 al 5 ottobre, nei locali della Facoltà medica di Parigi. Temi: «Ipofisi ed ovaio» (relatori: Jayle e Bender); «La diatermia in ginecologia» (relatore: X. Bender); la 3ª giornata sarà destinata alla chirurgia ginecologica. Per informazioni rivolgersi al segretario generale, Dr. Maurice Fabre, rue du Conservatoire 6, Paris (IXe).

Giornate mediche d'Evian.

La Società Medica d'Évian indice, per la seconda volta, delle giornate mediche, le quali avranno luogo durante il mese di settembre del prossimo anno; saranno presiedute dal prof. Lemiette e destinate allo studio dell'insufficienza renale.

In tale occasione la Società Anonima delle Acque Minerali d'Évian-les-Bains, per onorare la memoria dell'idrologo Chiaïs, ha deciso di bandire un premio internazionale di 10.000 franchi, da assegnare ad un lavoro sul tema «Valore semeiologico delle prove di diuresi provocata». I manoscritti, anonimi, vanno indirizzati alla sede sociale della «Société des Eaux Minérales d'Évian-les-Bains», rue de Londres 21, Paris (IXe).

Giornate mediche di Lilla.

Si terranno nei giorni 4 e 5 giugno, presso la Facoltà libera. Il prof. Guy-Laroche di Parigi farà una conferenza sul tema: «I dati recenti sugli ormoni ipofiso-genitali e deduzioni terapeutiche che comportano»; il dott. Cuvier di Bordeaux parlerà su «Il trattamento del cancro».

Convegno nord-americano sul reumatismo.

L'«American Commettee for the Control of Rheumatism» ha tenuto un convegno il 9 maggio, a New Orleans. Tra i temi discussi sono stati: «Affezioni della cistifellea nell'artrite cronica infettiva; risultati della colecistectomia» (dott. E. Starr Judd); «Trattamento desensibilizzante nell'artrite cronica» (dott. J. Craig Small); «Climatoterapia nell'artrite cronica» (dott. W. P. Holbrook); «Vaccinoterapia streptococcica endovenosa nell'artrite cronica» (dott. M. Wetherby).

Congressi medici tedeschi sospesi e differiti.

A causa delle condizioni economiche generali, parecchi congressi medici che dovevano tenersi l'anno scorso in Germania, erano stati differiti a quest'anno; ma la persistenza della crisi ha suggerito nuovi provvedimenti. Così la notissima lega corporativa dei medici tedeschi « Deutscher Aerztevereinbund » ha deciso di non tenere, quest'anno, l'abituale congresso e di limitarsi alla riunione del Comitato esecutivo. La « Deutsche Pathologische Gesellschaft » ha pure sospeso il congresso di quest'anno; nel 1933 si adunerà a Rostock. La « Deutsche Gesellschaft für Urologie », che doveva adunarsi nello scorso aprile, ha rimandato il congresso al prossimo anno.

2º Congresso nazionale del latte.

Si è svolto a Milano ed a Lodi, con l'intervento di circa 200 congressisti. Ha preso in esame i vari problemi del latte, compresi quelli sanitari. Una interessante relazione è stata fatta dal prof. F. Bottazzi, sul tema « Il latte e i suoi derivati nell'alimentazione umana ». A complemento del Congresso si è tenuta, alla Fiera di Milano, la « giornata del latte », per propagandare il più largo consumo di questo alimento.

1º Congresso medico abruzzese.

Il Congresso indetto dalla Società medico-chirurgica degli Abruzzi, il quale doveva aver luogo in Aquila durante la prima decade di giugno, è stato rinviato a settembre.

Il 4 giugno avrà luogo in Lanciano la 1ª riunione annuale ordinaria della Società. Sarà presieduta dal prof. Antonio Gasbarrini; riferiranno l'on. prof. Raffaele Paolucci (Bologna) e il prof. Aristide Busi (Roma).

Per informazioni e per il preannunzio di comunicazioni rivolgersi all'Ufficio di segreteria, via S. Carlo 19, Teramo.

Congresso dei medici della provincia di Frosinone.

Con l'intervento dell'on. prof. Eugenio Morelli, segretario del Sindacato medico nazionale, si è tenuto a Frosinone un Congresso medico provinciale, con l'intervento di 170 medici su 209 della provincia. Erano presenti alla seduta il prefetto gr. uff. Randone, il segretario federale comm. Bergamaschi ed altre autorità politiche e sindacali della provincia. Parlarono il prof. Violato, direttore dell'Ospedale di Frosinone e il prof. Zeri, docente di anatomia chirurgica all'Università di Roma. Si è proceduto alla nomina del nuovo Direttorio provinciale. Sono stati inviati telegrammi al Capo del Governo e all'on. Arpinati.

Nelle ore pomeridiane l'on. prof. Morelli ha visitato il Consorzio antitubercolare, per il quale ha avuto parole di vivo encomio.

Associazione dei clinici di lingua francese.

Venne fondata il 2 febbraio; l'ufficio di presidenza è stato così costituito: presidente onorario prof. Chauffard, presidente effettivo prof. Carnot, vice-presidenti proff. Jules Renault e Castaigne; segretario dott. Godlewski; tesoriere dott. Doury. Sede della segreteria: rue Théodule Ribot, Paris.

Scuola internazionale d'igiene a Parigi.

La Camera francese dei deputati, nella seduta del 30 marzo, ha approvato una legge che istituisce a Parigi una Scuola internazionale di alti studi d'igiene, d'intesa con il Consiglio della Società delle Nazioni. All'uopo si è stanziata la sovvenzione di un milione di franchi all'anno.

Corsi dell'Opera Nazionale Maternità e Infanzia.

In relazione ad una radicale riforma nell'organizzazione dei servizi locali di assistenza, l'Opera Nazionale Maternità e Infanzia inizierà, col mese di giugno prossimo, due corsi accelerati per l'abilitazione a speciali funzioni assistenziali, allo scopo di assicurare il preciso conseguimento dei fini dell'Opera con un personale specializzato.

I corsi si svolgeranno dal giugno al novembre ed avranno luogo parallelamente a Roma ed a Milano. Di essi uno servirà per l'abilitazione alla funzione di segretario sociale presso gli uffici provinciali dell'Opera, un altro servirà per l'abilitazione alla funzione di assistente sociale presso i centri di assistenza materna ed infantile, che saranno prossimamente istituiti.

Le domande ed i relativi documenti dovranno pervenire entro il 31 maggio corr. alla sede centrale dell'Opera in Roma, per chi intende frequentare uno dei due corsi di Roma ed alla Federazione provinciale di Milano per chi intende frequentare uno dei due corsi di Milano.

* * *

Il R. Commissario dell'O. N. M. I. ha deliberato che in tutte le Università del Regno saranno tenuti, durante la stagione estiva, corsi di perfezionamento in igiene prenatale e postnatale per medici condotti e liberi professionisti. Tali corsi saranno svolti a cura e carico dell'O. N. secondo le norme del Regolamento Commissariale che li istituisce. Direttori dei corsi saranno i Clinici pediatri.

Corsi di chirurgia infantile e ortopedia.

Un corso di chirurgia infantile e uno di ortopedia avranno luogo a Bordeaux, nell'« Hôpital des Enfants » (cours de l'Argonne 168), sotto la direzione del prof. H. L. Rocher, dal 6 al 14 giugno e dal 20 al 25 giugno; tassa d'iscrizione 200 franchi per ciascun corso; per le iscrizioni rivolgersi alla segreteria della Facoltà di medicina.

Corso di perfezionamento in oncologia.

Avrà luogo a Parigi dal 1° al 30 luglio, sotto la direzione del prof. Roussy; comprenderà due sezioni: biologica (laboratorio) e clinica (esame dei malati e terapia); il numero degli iscritti è limitato a 20 per ogni sezione; tassa fr. 600. Rivolgersi al prof. Gustave Roussy, directeur de l'Institut du cancer, membre de l'Académie de Médecine, rue Bonaparte 16, Paris.

Le organizzazioni antitubercolari italiane studiate da un delegato della S. d. N.

Per incarico della sezione di igiene della Società delle Nazioni è venuto in Italia, per studiare l'organizzazione della lotta contro la tubercolosi, il dott. Etienne Burnet.

Egli in un colloquio avuto col Direttore generale della Sanità Pubblica ha preso notizia dei criteri, che presiedono all'organizzazione suddetta, ed ha quindi visitato i dispensari antitubercolari della Capitale, gestiti dal Governatorato, e quelli dei centri minori della provincia, gestiti

dal Consorzio Provinciale antitubercolare; l'Istituto Benito Mussolini e l'annessa clinica, diretta dall'on. prof. Morelli; il Sanatorio Battisti e i preventori della Croce Rossa Italiana, compreso quello recentemente inaugurato a Pozzuoli; l'Istituto climatico militare di Anzio e l'Ospizio marino del Lido di Roma.

Presso la Cassa Nazionale delle Assicurazioni Sociali ha preso cognizione dell'organizzazione dell'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi.

Dovunque il dott. Burnet ha espresso il suo vivo compiacimento. Egli proseguirà le sue visite ai Servizi antitubercolari nelle provincie di Genova, Milano e Torino.

Centro Emoterapico Romano.

Il Centro emoterapico romano, sorto a somiglianza di quanto già è stato fatto nelle maggiori città italiane ed estere, si propone di raccogliere, studiare e raggruppare i donatori del sangue, che volontariamente e disinteressatamente si mettono a disposizione degli ospedali, delle cliniche e di tutti coloro cui necessita la trasfusione del sangue.

Le domande dei donatori possono essere presentate al segretario del Centro, dott. Astorre Baglioni, via dei Mille 6, Roma.

Donazioni e lasciti all'Università di California.

Di recente all'Università sono stati legati 580.000 dollari dalla sig.a Cristina Breon, di San Francisco, per promuovere le ricerche mediche; sono stati assegnati 100.000 dollari dalla « Società Mutua di Ragazzi e Ragazze » di San Francisco, per ricerche sull'infanzia. Nel corso di un anno l'Università ha ricevuto 1.780.000 dollari, ossia circa 30 milioni di lire it., da 686 benefattori: la beneficenza in America si dirige, ora, in gran parte verso la scienza e la cultura, invece che verso la carità, nel concetto che esse siano molto più utili ai fini sociali.

Riorganizzazione del servizio degli alienati in Spagna.

Presso la direzione generale della sanità pubblica della Spagna è stata creata una Sezione di psichiatria e igiene mentale che dovrà accentrare tutti i dati relativi agli stabilimenti pubblici o privati per infermi di mente. È assistita da un Consiglio d'igiene mentale. In ogni provincia viene istituito un ufficio ispettivo, che si tiene in rapporto con tutti gli stabilimenti, gli enti ed i medici che si occupano di psichiatria e d'igiene mentale nella provincia; tiene un casellario aggiornato di tutti i malati; ogni mese inoltra un resoconto alla Sezione centrale, che raccoglie anche i reclami relativi agli internamenti. Così tutti i malati possono essere seguiti e tutti i reclami essere presi in esame.

Lotta antivenerea in Spagna.

I dispensari antivenerei si sono sviluppati notevolmente in Spagna, durante gli ultimi anni. Al mantenimento concorrevano i conduttori di case di tolleranza, mediante contributi mensili. Un decreto recente ha ora soppresso questi contributi ed ha stabilito che alla manutenzione dei dispensari suddetti debbano provvedere le Province.

Controllo dei medicinali in Spagna.

L'Istituto spagnolo di farmacologia è stato incaricato del controllo generale dei medicamenti. Sono assoggettati a controllo tutti i medicamenti che comportano un dosaggio fisiologico della loro efficacia: sieri, vaccini, antivirus, prodotti opoterapici, prodotti vitaminici, fermenti lattici, prodotti digitalici, arsenobenzoli. I controlli possono essere eseguiti dall'Istituto nei propri laboratori od affidati a farmacie. Tutte le specialità, di qualunque genere, preconizzate per la tubercolosi, il cancro, il diabete e la lebbra, sono autorizzate solo se vengono fornite prove cliniche e sperimentali sulla loro efficacia.

Disciplina della vendita dell'apiolo ad Amburgo.

L'ufficio sanitario di Amburgo, d'intesa con l'ufficio di polizia, ha vietato la vendita delle capsule di apiolo, e ciò in seguito ad un caso di paralisi spinale occorso nel sobborgo di Altona, in una donna che aveva ingerito delle capsule di apiolo. Risultò che questo era adulterato con fosfato di tri-orto-cresyl. Le farmacie che tengono delle capsule di apiolo devono farne denunzia.

L'apiolo, canfora dell'*Apium album*, e dell'*A. flavum s. viride*, è un rimedio popolare usato nelle dismenorree ed anche come abortivo. Si conoscevano già casi di affezioni midollari consecutive all'uso di questo prodotto; in tutti i casi esso era stato mescolato col fosfato cresilico.

Mostra di antichi libri medici a Liegi.

Nella sala Wittert dell'Università di Liegi è stata inaugurata, il 7 maggio, un'esposizione di libri antichi di medicina, organizzata dall'« Union liégeoise du Livre et de l'Estampe », a cura del dott. René Ledent, dei signori de Mélotte e P. Debrée e della sig.na Hankar. Vi si trovano esemplari curiosi e rari, che presentano interesse così per i medici come per i bibliofili.

Mostra letteraria medica a New York.

Presso l'Accademia di Medicina di New York si è tenuta, dal 15 marzo al 1° maggio, una mostra di lavori letterari eseguiti da medici. È stata organizzata dal bibliotecario dell'Accademia, dott. T. A. Malloch, col concorso del dott. D. D. Roberts, il quale ha messo a disposizione la sua ricca raccolta privata. Figuravano in questa mostra più di 200 autori, con romanzi, novelle, drammi, critiche ecc.; molte pubblicazioni sono ora fuori commercio. Tra gli autori più noti sono: Rabelais, Eugenio Sue, Arturo Conan Doyle, S. Weir Mitchell.

Pro e contro il greco in medicina.

Il 21 aprile si è tenuto a Parigi un dibattito sull'utilità della conoscenza del greco per gli studi medici. L'adunanza venne presieduta dal prof. Lépine, decano della Facoltà medica di Lione, e dal sen. dott. Armbruster, promotore della riabilitazione degli studi preparatori classici per il *curriculum* medico. La discussione venne iniziata dal dott. Rist, medico dell'Ospedale Laënnec, il quale si dichiarò decisamente contrario al greco. Tutti gli oratori successivi manifestarono parere opposto al suo: il prof. Emile Sergent, della Facoltà medica di Parigi, il prof. Blum, reputato insegnante di liceo, e il prof. Lépine.

Viaggio medico in Francia.

Il 25° V. E. M. avrà luogo nella prima quindicina di settembre, alle stazioni idrominerali e climatiche dell'Alvernia e del Borbonese, sotto la direzione scientifica dei proff. Maurice Villaret e E. Chabrol; si chiuderà il 19 settembre a Vichy, in occasione del congresso internazionale sulla litiasi biliare. Per informazioni rivolgersi alla sig.na Machuré, rue de Londres 21, Paris (IXe), Francia.

Viaggio medico in Russia.

Avrà luogo a partire dal 20 agosto per la durata di 18 giorni, allo scopo di far conoscere, ai medici stranieri, l'organizzazione della difesa della salute pubblica, le istituzioni mediche e le istituzioni d'assistenza sociale nell'U. R. S. S. Partenza e ritorno: Berlino; itinerario: Leningrado, Mosca, Charcoff, Sebastopoli, Yalta, Odessa, Kieff. Rivolgersi al Dr. Roubakine, quai Wilson 33, Genève, Svizzera, non oltre il 1° giugno.

Commemorazione del prof. Soli.

Il 31 marzo, secondo trigesimo della morte del prof. Ugo Soli, questi è stato commemorato, alla Biblioteca Filosofica di Palermo, dal prof. Luigi Ajello, incaricato della stessa disciplina che veniva già impartita dall'illustre scienziato e maestro. Parlò anche il dott. Amato. Era presente un eletto pubblico.

Commemorazione del prof. Mangiagalli.

In una adunanza straordinaria al R. Istituto Lombardo di Scienze e Lettere, con un discorso del prof. Riccardo Galeazzi, è stato solennemente commemorato il sen. Luigi Mangiagalli, per molti anni membro dell'Istituto stesso.

Dopo brevi parole del sen. Menozzi, che ha dato lettura di numerosi telegrammi di adesione, il prof. Galeazzi ha tessuto l'elogio di Luigi Mangiagalli, scienziato, filantropo, uomo politico, zelatore dell'alta coltura, patriota, concludendo con un commosso saluto all'uomo che « insegnò il culto sacro per gli eterni fattori spirituali di questa nostra stirpe superba ».

Le condizioni fatte ai medici nelle Colonie francesi.

A semplice titolo documentativo, rileviamo che il Ministero francese delle Colonie ha bandito i concorsi a medico principale ed a medico apprendista nella Nuova Caledonia, alle seguenti condizioni: stipendi rispettivi franchi 54.000 e 34.500, oltre indennità di fr. 12.000 e 8400; eventuali indennità di famiglia; alloggio assicurato; trasporto gratuito per sè e la famiglia; sei mesi di congedo ogni sei anni; età massima per l'ammissione 35 anni.

Processo contro l'uccisore del presidente Hamaguchi nel Giappone.

L'ex presidente del Ministero giapponese, on. Hamaguchi, era stato vittima di un attentato: nella stazione ferroviaria di Tokio, durante il novembre 1930, gli fu esploso contro un colpo d'arma da fuoco, che lo ferì gravemente all'addome. Trasportato all'ospedale clinico dell'Università imperiale di Tokio, egli fu curato dai proff. Manabe e Shioda, i quali procedettero all'asportazione di un segmento d'intestino e riuscirono a salvare l'illustre paziente. Dopo 6 mesi dalla guarigione, però, nell'agosto 1931, sopravveniva la morte. L'autopsia ha dimostrato la presenza di un'infezione actinomicotica. Ora il processo giudiziario dovrà essere riaperto, poichè il criminale era stato condannato per tentato omicidio, mentre ora l'accusa viene convertita in omicidio consumato. Intanto è in corso un'istruttoria per accertare se l'actinomicosi può essere stata prodotta dalla ferita d'arma da fuoco o da quella operatoria.

L'Università di Valenza distrutta da un incendio.

Un violento incendio ha distrutto completamente questa Università. Nonostante gli sforzi, durati parecchie ore, dei pompieri, dell'edificio non sono rimaste che le mura. Collezioni, documenti importanti dell'epoca romana, sono andati perduti. La biblioteca dell'Università era una delle più apprezzate per i suoi libri antichi.

La lotta contro le mosche a Roma.

L'Ufficio d'Igiene del Governatorato di Roma, d'intesa con l'Ufficio di Nettezza Urbana, ha ripreso la lotta contro le mosche, la quale già tanto successo ha conseguito durante gli ultimi anni.

Congresso internazionale di omeopatia.

Il prossimo congresso quinquennale internazionale si terrà a Parigi, dal 25 al 29 luglio, nei locali del « Cercle d'Iena » (avenue d'Iena 10). Per informazioni rivolgersi al Dr. Fortier-Bernoville, rue Daru 7, Paris (VIIIe).

Fatale errore d'una farmacista.

La signorina Domenica Guagenti, commessa nella farmacia Chiavetta di Bologna, avendo decifrato male la prescrizione di una levatrice, ha fornito clorato di potassio invece di estratto di rabarbaro e cicoria; ne è derivata la morte di un neonato. La Guagenti è stata denunziata per omicidio colposo.

Nel prossimo numero verrà prospettato il tema: « I medici e il codice penale ».

È morto a Berlino in età di 80 anni il prof. WILHELM OSTWALD, uno dei fondatori della chimica fisica, autore di ricerche fondamentali sulla ionizzazione elettrolitica (il suo nome resta legato alla legge di Ostwald) e sulla catalisi; era insignito del premio Nobel.

È morto in età di 80 anni sir W. W. CHEYNE, che fu il collaboratore principale di Lister e che contribuì molto a diffondere l'antisepsi, grazie al suo temperamento combattivo, che valeva a compensare l'attitudine riservata e tranquilla del Maestro. Il Cheyne prese anche molta parte alla vita politica e raggiunse alte posizioni; fu chirurgo del Re, deputato, presidente delle maggiori società mediche inglesi. Da alcuni anni si era ritirato nella sua residenza di Shetland, ove si è spento.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Surg., Gyn. a. Obst., feb. — Numero sul Congresso americano di chirurgia (12-16 ott. 1931).

Arch. per le Sc. Med., gen. — A. CIONINI. Contenuto in proteine del siero e patogenesi degli edemi.

Bull. Méd., 27 feb. — Numero sulle vie urin.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 feb. — Numero sulla medicina infantile.

Riv. It. di Ginec., gen. — R. BOLAFFI. Reaz. di Citelli-Piazza. — N. CANDELA. Sostanze post-ipofisarie nel liq. cef.-rach. della gravida.

Proc. R. Soc. Med., feb. — Discussioni su: trattamento dell'osteomielite acuta; immunizzazione attiva nelle malattie da virus; cancro dell'ipofaringe; diagn. radiologica delle mal. del torace. Casistica.

Gaz. d. Hôp., 27 feb. — J. PAVIOT e al. Artropatie proteiniche.

Deut. Med. Woch., 26 feb. — PLESCH. Arterioatonia e genesi dell'arteriosclerosi. — FEHLOW. Trattam. delle malattie reumatiche con veleno d'api.

Wien. Klin. Woch., 26 feb. — POLLAK. Patogenesi del diabete mellito. — JULESZ. Dieta chetogena nell'asma.

Mediz. Klinik, 26 feb. — V. SCHILLING. Le curve leucocitarie quale specchio del decorso delle malattie. — Referendum sulla ricerca dei bb. tubercolari nel sangue.

Mediz. Welt, 27 feb. — FOERSTER. Difficoltà della diagnosi serologica della sifilide e della gonorrea. — BERGHAUS. Difterite e siero antidifterico.

Ann. Inst. Pasteur, feb. — O. GENGOU. Antigeni e anticorpi stafilococcici. — G. SANARELLI e A. ALESSANDRINI. Ultravirus tbc.

Rif. Med., 20 feb. — V. ZAMORANI. Fattori di accrescimento. — G. PIERI e U. TAFERNA. Simpatico e secrez. gastr.

Edinb. Med. Journ., mar. — Numero sulla tubercolosi.

Haematologica, 1. — G. CALLERIO. Rapporti tra leucemia acuta leucopenica, infezione streptococcica e sistema ret.-endot.

Rev. Sud-Amer. de Méd. ecc., gen. — P. ESCUDERO. La soppressione progressiva e graduale del pancreas nel cane non produce il diabete. — O. DIAS. Meteorologia clinica.

Zeitsch. f. Tuberk., mar. — Numero su R. Koch.

Clin. Chir., gen. — B. ROSSI. Cura chirurg. dell'ulcera gastro-duoden. — FIORENTINI. Osteodistrofia fibrosa localizzata del rachide.

Ann. de Méd., feb. — M. LABBÉ e M. FABRYKONT. Il metabolismo del fosforo nel diabete. — N. FIESSINGER e al. La prova della galattosuria negli itteri.

Practitioner, mar. — Numero sulle malattie della pelle.

Ann. Ital. di Chir., 2. — V. PETTINARI. Antagonismo tra neoplasie maligne e tbc. — A. CHIARIELLO. Ulcera peptica del divertic. di Meckel e ulcera gastro-duoden.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XXXIX Roma, 30 Maggio 1932 - X Num. 22

"IL POLICLINICO,"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI.

Il trattamento delle emottisi con iniezioni endo-tracheali di farmaci coagulanti.

Dott. E. TREPICCIONI,

dirett. del Servizio Accertamento Diagnostico del C. d'A. di Bologna.

Con una nota preliminare (1) sono stati comunicati i primi buoni risultati terapeutici conseguiti, nelle emottisi, mediante la iniezione endo-tracheale di sostanze ad azione coagulante sul sangue. In seguito abbiamo applicato questo trattamento ad un buon numero di emoftoici, traendo, da una più vasta e dimostrativa esperienza, la convinzione della efficacia del metodo, confermata da quegli osservatori che ad esso si sono interessati e che l'hanno sperimentato, quale è stato proposto o con qualche variante di ordine complementare ed integrativo.

Con la pratica abbiamo, poi, potuto mettere a punto una procedura tecnica, semplice insieme e sicura e fissare, nei termini generali, indicazioni e controndicazioni, posologia e modalità d'impiego di questa nuova terapia delle pneumorragie. Qualche considerazione ci ha servito di punto di partenza. In primo luogo la deficienza della disponibilità di rimedî realmente utili per arrestare le emottisi e circa i quali l'insegnamento quotidiano, che dal loro uso si ricava, offre materia per le più serie riserve.

L'effetto emostatico delle sostanze farmacodinamiche neurovasomotrici (Ergotina, Hydrastis, Adrenalina) che, in teoria, dovrebbero, somministrate per via generale, determinare un restringimento del calibro dei vasi polmonari e con esso, l'arresto della emorragia, è, per lo meno, dubbio, non essendo affatto comprovato (Brodie, Dixon, Cloetta, Pic, Petitjean) che alla vaso-costrizione periferica si accompagni quella nel territorio polmonare; quando non si voglia tener conto della eventualità, non ipotetica ma di fatto constatata, che, per la vaso-costrizione generale e per la ipertensione arteriosa che ne deriva si abbia

(1) Prova di una nuova cura delle emottisi. Lotta contro la Tubercolosi, n. 5, 1931.

ad aggravare la emorragia che s'intende, con tali mezzi, combattere: Gerhardt, Sergent, Benda, Colbert, Letulle, Guinard, Bazin, Dumarest, ed altri, hanno, su ciò, richiamata l'attenzione e messo in guardia contro gli inconvenienti ed i pericoli inerenti all'impiego — esclusione fatta per casi speciali — di farmaci vasocostrittori ed ipertensivi nelle emottisi. Effetti problematici o, comunque, deboli e lenti, danno i medicamenti dotati di proprietà coagulanti sul sangue (sali di calcio, gelatina, sieri animali, normali o di secondo salasso, estratti di leucociti e di piastrine) che dovrebbero aumentare la coagulabilità di tutto il sangue circolante e favorire, pertanto, la formazione di coaguli ed il processo di emostasi nel focolaio emorragiparo viscerale. In materia le indagini sperimentali di Horne, Sabbatani, Paynes, Curci e le osservazioni cliniche di Guinard, Sergent, Bezançon, Capocaccia, ecc., sono esaurienti: risultati scarsi, incostanti, se introdotti per via generale, sottocutanea ed endovenosa, ed ancora meno se per ingestione, la proprietà d'influire sul fenomeno della coagulazione del sangue essendo pressochè annullata in ragione della grande diluizione di esse sostanze nella massa sanguigna; l'azione ipercoagulante ed emostatica non potendosi svolgere, come è intuitivo, se se ne considera il meccanismo — (distruzione di piastrine e liberazione di citozima, apporto diretto di questo fermento o di sierozima, ristabilimento dell'optimum di concentrazione ionica di Ca. nel sangue per la regolare formazione di trombina e secondaria trasformazione di fibrinogeno in fibrina...) — se non in alta concentrazione quale può aversi con la immissione in circolo di dosi massive, enormi, o, più agevolmente, limitando il loro campo di contatto e di azione a sezioni ristrette e determinate, vale a dire alle zone emorragipare, mediante la loro applicazione topica in corrispondenza dei vasi sanguinanti.

La idea di servirsi delle naturali vie respiratorie per far arrivare al polmone medicamenti idonei ad influenzare favorevolmente processi morbosi in esso esistenti, non è di questi tempi: Mascagni (1800) ne aveva enunciata la possibilità ed intravisti i vantaggi, ed H. Greenn, più di ottant'anni fa, ne fece le prime attuazioni, iniettando balsamici nella trachea di tubercolosi. Ma solo da pochi anni il procedimento delle iniezioni endotracheali ha avuto quella estensione e quello sviluppo ed ha acquistato quel favore che i brillanti risultati forniti nel campo della diagnostica e della terapia pienamente giustificano. La eccezionale sopportazione della mucosa della trachea e dei bronchi di fronte a sostanze eterogenee, anche in copiose quantità, già sperimentalmente constata da Collin, Gohier, Botey e della quale i moderni metodi broncoscopici e broncografici ci hanno dato la più ampia assicurazione, ha poi permesso di allargare considerevolmente i limiti delle applicazioni terapeutiche comprendendovi, con relativa garanzia di non nuocere, medicamenti della più differente natura e costituzione chimica — antisettici, balsamici, astringenti, risolventi e sieri e vaccini — adeguati alle necessità ed alle circostanze, per la cura di gran parte delle affezioni bronco-polmonari, acute e croniche. Quanto si è fatto a riguardo è generalmente noto.

Di questo argomento si è specialmente occupata, con varî intendimenti, la scuola di M. Ascoli, nella quale Giuffrida (1925) pensò di usare nelle emottisi, la iniezione endo-tracheale di soluzione di adrenalina, ricavandone, come egli ebbe a riferire, successi sorprendenti; la ulteriore estensione del metodo ne ha avvalorata la efficacia di cui fanno fede le pubblicazioni di M. Ascoli, Lucacer, Cioffi, Damaggio, Agnello. Con Galli abbiamo avuto occasione di adoperarlo nella scuola del Prof. Morelli, con risultati, di massima, soddisfacenti. Ma qualche riflessione che la pratica ci ha suggerita sulle azioni farmacodinamiche neurovegetativotrope e neuro-vasomotorie, generali e locali dell'adrenalina (per le quali, forse, questo procedimento terapeutico dell'emottisi non si è, sin'oggi generalizzato) ci ha indotto a rivolgerci, utilizzando la stessa via di introduzione, verso medicamenti dotati della proprietà di aumentare la coagulabilità del sangue e di accelerare la formazione dei coaguli emostatici — farmaci coagulanti — senza la preoccupazione e di pregiudizievoli azioni associate e secondarie e della fugacità degli effetti, che si addebitano alla adrenalina e ne fanno sconsigliare l'impiego nelle emottisi: — costrizione vasale periferica e splancnica, ipertensione arteriosa generale e — verosimilmente — aumento del livello tensivo e della replezione sanguigna nel piccolo circolo; ipotonie e dilatazioni vasali consecutive alla effimera costrizione; possibili azioni difasiche sul sistema neurovegetativo — vasomotore, con effetti paradossali; occorrenza di imprevedibili ipersensibilità alla sostanza con manifestazioni di complessi reazionali, anche gravi, non certo desiderabili nella speciale contingenza.

Al riguardo, Sergent si esprime così: « L'A.

« è un prodotto che bisogna decisamente ab« bandonare nella emottisi tanto più che, cli« nicamente, si sono osservati accidenti ed ef« fetti contrarii; per mio conto, rinunzio all'A. « qualunque sia la via di somministrazione, « poichè eleva la pressione e rischia di favo« rire l'accidente che si vuole, con essa, trat« tare ». E Benda: « sappiamo che spesso la « emottisi dei tubercolosi è dipendente da una « poussée di ipertensione per non provare una « certa apprensione all'idea di utilizzare, per « combatterla, un medicamento (l'Adrenalina) « il cui effetto ipertensivo sulla pressione san« guigna ha potuto essere messo in evidenza in « buon numero di osservazioni ».

Evenienze, di fatto, piuttosto rare, ma non così da non farne conto al momento di servirsi dell'Adrenalina. Da notare che la somministrazione di questa sostanza per la via tracheo-bronchiale non esclude azioni generali da parte di essa: la mucosa delle vie aeree, per tutta la sua estensione, (Rosenthal, Gaglio, Gohier, Welander, Traina) ha uno straordinario potere di assorbimento dei liquidi che vengono al suo contatto, i quali passano rapidamente nel circolo generale; se ne ha la dimostrazione, per esempio, dalla subitanea comparsa, nelle urine, di sostanze coloranti — bleu di metilene — iniettate in trachea. Abbiamo avuto anche la prospettiva di correggere, transitoriamente s'intende, le probabili alterazioni cito-sierali del sangue dei tubercolosi, in particolare di quelli abitualmente emoftoici (piastrinopenia, deficienza di citozima e di sierozima, di fibrinogeno, ecc.), che, per le corrispondenti alterazioni dei naturali fenomeni di coagulazione, starebbero alla base della frequenza e della gravità degli avvenimenti emorragici a livello dei polmoni (Micheli, Sergent).

Conviene dire che la questione della penetrazione dei liquidi immessi nella trachea, sino alle ultime diramazioni bronchiali è stata favorevolmente risolta; esperienze di Guyot e Guieysse-Pellissier, hanno comprovato che un liquido oleoso iniettato nella trachea è, in breve tempo, aspirato nelle più piccole divisioni dell'albero bronchiale e nelle cavità alveolari più lontane, dell'apice, della base e della corticalità del polmone, ove si può mettere in evidenza, con la caratteristica reazione dell'acido osmico; di più, il liquido si ritrova, ed in sensibile quantità, anche in zone di polmone sede di lesioni tubercolari, in corrispondenza di focolai necrotici come sulla superficie interna di piccole caverne che, talvolta, possono esserne riempite. « Ci siamo potuti convincere, hanno scritto gli autori, che una so« stanza oleosa iniettata nella trachea... in un « animale tubercoloso, arriva sino al livello « delle lesioni e viene a contatto intimo con « esse; ciò che, in caso di una medicazione « specifica a base oleosa, presenta un'interes« se di prim'ordine; le constatazioni istolo« giche fatte, spiegano i notevoli risultati che « danno le iniezioni medicamentose endotra« cheali nelle malattie del polmone ».

Noi stessi abbiamo fatto, nell'uomo, alcune constatazioni in proposito, iniettando nella trachea « Abrodil » (soluzione acquosa iodata) che per la fluidità e viscosità, molto vicine a quelle delle sostanze coagulanti, poteva indicare, con sufficiente approssimazione, la misura della progressione della colonna liquida di queste ultime nelle vie bronchiali; ed abbiamo potuto vederne (l'Abrodil non si presta bene per le fini indagini broncoscopiche, ma è sempre facilmente differenziabile dalla densità polmonare, per poterne seguire, sullo schermo, il corso nei canalicoli bronchiali) la rapida discesa nelle ultime arborizzazioni bronchiali. Abbiamo anche notato che, essendo il soggetto in decubito laterale, la corrente liquida è deviata prevalentemente verso il lato più basso e che in decubito orizzontale ma declive in senso caudo-apicale, il liquido scorre di preferenza verso le sezioni superiori del polmone; il che è di non poco valore per le illazioni pratiche che se ne possono trarre.

Vi è qualche punto da chiarire: si può obbiettare che la iniezione endotracheale fatta nel corso di una emottisi non è, certamente, intervento asettico e con essa si possono rincacciare nei bronchi e sangue e secrezioni delle prime vie aeree, di regola ricche di germi, con facili probabilità di provocare nei polmoni, già abbastanza alterati, infezioni secondarie e pericolosissime associazioni batteriche, o provocare disseminazioni di focolai bacillari in parti sane dello stesso polmone o in quello controlaterale. Ciò, invero, non è impossibile che avvenga e nessun ragionamento può svalutare del tutto la importanza di questa argomentazione. Ma, in pratica, complicazioni di tale natura non si sono avverate, per lo meno in maggior proporzione di quanto non succeda e con i consueti trattamenti antiemoftoici ed anche in esclusione di essi; d'altra parte ben più sicuramente pericolosa per la disseminazione di germi e di lesioni specifiche, risulta essere la persistenza di fuoriuscita di sangue, generalmente bacillifero, perchè si debba temere e rigettare l'adozione di un si-

mile mezzo di cura. In quanto alla osservazione, che abbiamo sentito muovere, che il sangue coagulato ristagnando nei bronchi possa, quivi, costituire un punto di richiamo ed un terreno adattissimo allo sviluppo di germi e allo stabilirsi d'infezioni secondarie, specifiche o non, oppure determinare occlusioni delle vie bronchiali e zone di atelettasia polmonare, si può eccepire che il rimedio, in ultima analisi, non fa che favorire ed accelerare i fisiologici fenomeni di coagulazione del sangue che, prima o poi, avverrano spontaneamente e che realizzeranno, per loro proprio conto, le stesse condizioni che con esso sono notevolmente anticipate.

***

Dei varî procedimenti tecnici con i quali si può far giungere dei liquidi nella trachea e nei bronchi, abbiamo finito per dare la preferenza, dopo comparative valutazioni dei vantaggi, rispettivamente dei difetti di ognuno di essi, al metodo *diretto transglottideo*, adeguatamente modificato e semplificato, siccome le circostanze del caso richiedono.

Non v'ha dubbio che la iniezione endotracheale, così come è praticata dai laringologi — soggetto in corretta posizione laringoscopica, sorgente luminosa, specchio frontale e specchietto laringeo, in due tempi, anestesia preventiva — rappresenta il mezzo perfezionato che dà la certezza assoluta della introduzione della totalità del liquido nella trachea. Ma di fronte alla urgenza di un accidente emoftoico si può ben passare sopra a manovre che possono apparire, se non superflue, di non stretta necessità, senza però che ne scapiti la riuscita dell'azione e ne risultino frustrati gli scopi che essa si propone di conseguire. La iniezione endo-tracheale, per via indiretta, sopraglottidea, proposta da Mendel e Cantonnet (1920) ed usualmente impiegata nella scuola di M. Ascoli (Giuffrida, Fichera, Lucacer) è, in realtà, molto semplice e di agevolissima attuazione; il paziente protunde tutta la lingua che è tenuta ferma dalla mano sinistra dell'operatore, e s'introduce nella cavità orale e sin dietro la base della lingua la cannula della siringa, ripiena del medicamento, che si svuota mentre il soggetto esegue una profonda e prolungata inspirazione. Si adopera la siringa laringea di Rosenthal, a lunga cannula con curvatura speciale (Balvay) regolata sulla via che deve seguire. Chi ha praticato questo sistema assicura che la sua semplicità è pari alla bontà dei risultati: nove volte su dieci il liquido è aspirato nella trachea. Percentuali a parte, si riesce quasi sempre a far pervenire una certa quantità del farmaco nella trachea; ma non si deve disconoscere che, talvolta, questo va a finire nell'esofago e viene deglutito o, per lo sbarramento riflesso della laringe, resta nella bocca ed è rigettato. Inoltre il fissare la lingua fuori delle arcate dentarie espone, nella evenienza di un brusco movimento di involontaria retrazione, a lesioni del frenulo contro gl'incisivi inferiori. Fatto spiacevole.

Al sistema diretto, intraglottideo, da noi adottato e che prende dagli altri quanto offrono di utile, di pratico e di sicuro, non sembra che si possa muovere alcun serio addebito: esso è semplice, rapido, dà affidamento della buona riuscita della manovra ed è alla portata di qualsiasi medico, senza speciali « apprendisage ». Paziente semiseduto ed anche sdraiato; testa iperestesa per il chè la curva del tragitto bucco-laringo-tracheale risulta alquanto raddrizzato, l'esofago si chiude e la rima glottidea viene ad essere un po' allargata (Dehers, Demme); lingua protusa, spontaneamente; non sorgente luminosa nè specchietto laringeo; introduzione nella bocca sino a raggiungere la base della lingua, dell'indice sinistro che preme e fissa la lingua sul pavimento orale; lungo il lato interno del dito, tenendosi sulla linea mediana, si fa scorrere la cannula gomitata, innestata ad una siringa a tre anelli, della capacità di almeno 10 cc.; quando il becco della cannula (munito di una piccola oliva terminale che protegge la mucosa da eventuali traumi da parte della estremità della cannula e ne agevola il passaggio attraverso la fessura glottidea) ha raggiunto l'epiglottide, si solleva il serbatoio con un rapido movimento di « basculle » e si spinge la cannula, dall'avanti all'indietro e dall'alto in basso verso l'orificio superiore della laringe; il paziente inspira profondamente.

La sensazione caratteristica di aver vinto una resistenza e superata una barriera e qualche conato di tosse informano che si è a posto, in piena cavità laringea; in essa, quindi, si inietta, sotto una certa pressione, il liquido che è aspirato con ampi e prolungati atti di inspirazione; se la cannula non ha perduti i contatti con il dito-guida e con la superficie della lingua e si è tenuta a questa addossata per tutto il percorso la cavità in cui essa è penetrata non può essere che quella laringea.

Quando si conosca il lato della provenienza dell'emorragia e si voglia dirigere verso questo la colonna liquida, il soggetto poggia sul fianco omologo, mentre, durante la iniezione, si sposta la siringa verso la commissura labiale del lato opposto.

È sempre necessaria la anestesia preventiva della bocca, del faringe e dell'ingresso al laringe? Si può dire di no. M. Ascoli ha fatto giustamente notare che lo stesso trauma psichico delle emottisi deprime, di solito, la reflettività generale e quella laringea dei pazienti, per cui ogni anestesia è superflua. Galli è dello stesso avviso ed anche noi possiamo pienamente confermare questo fatto; tanto che, ora, facciamo volentieri a meno dell'anestesia locale. Però pratichiamo, qualche minuto prima della iniezione endo-tracheale, quella sottocutanea di 1/2 fiala di Sedol (morfina + scopolamina): si ottengono, così, una benefica calma dell'infermo, una moderazione del respiro, una riduzione della sensibilità e dell'eccitabilità delle zone tossigene ed il rilasciamento del tono muscolare, il che facilita di molto la manovra; del pari utile è la somministrazione di 1/4 di mmgr. di atropina, che attenua la eccitabilità vagale ed il riflesso della tosse ed evita la costrizione ed il blocco riflesso della laringe.

S'incontrano però dei casi in cui l'anestesia locale è indispensabile; si tratta, il più delle volte, di soggetti emotivi, ipereccitabili, costituzionalmente eretistici ed ipereflettivi, con iperestesia laringea, nei quali il minimo stimolo provoca lunghi accessi di tosse stizzosa e persino laringospasmo: allora, se si vuol riuscire a qualche cosa, bisogna ricorrere alla anestetizzazione, e la più completa possibile delle terminazioni nervose sensitive delle mucose; il che si ottiene mediante abbondanti e ripetute polverizzazioni, con adatto apparecchio polverizzatore a lunga cannula, di novocaina in soluzione al 10 %. Si può associare la iniezione sottocutanea di morfina e atropina.

Che se le condizioni delle mucose sono, per qualsiasi natura, tali da rendere troppo ardua e non scevra di pericoli la manovra e problematica la sua riuscita, non esitiamo a ricorrere alla via transcutanea, intercrico-tiroidea.

Ci sembra che questo metodo non meriti il discredito in cui è venuto, se si considerano i vantaggi che, in alcune contingenze, può offrire la facilità della esecuzione e la relativa innocuità di esso. Si pensa, forse, che la puntura della trachea sia un intervento difficile e che dia luogo ad inconvenienti e complicazioni, più o meno temibili: ad esempio la lesione della parte posteriore del canale o l'innesto d'infezioni nella sede e nel tragitto del piccolo trauma; ciò può essere vero quando la qualità delle sostanze da iniettare richieda l'impiego di grossi aghi ed anche di un piccolo tre-quarti; ma nel caso speciale il liquido poco denso e di viscosità quasi uguale a quella di siero fisiologico, scorre benissimo nel lume di un ago di calibro non maggiore di quello che serve per una iniezione endovenosa, della quale la puntura della trachea non è, certo, più difficile nè più pericolosa; e quando si abbia cura di adoperare, come noi facciamo, un ago sottile, retto o ricurvo, non più lungo di due centimetri e mezzo, a punta corta, non si corre il rischio di pungere la parte posteriore della trachea e di penetrare nell'esofago, nè di procurare traumi di apprezzabile entità. Ad ago estratto, il fine tragitto da esso segnato attraverso i tegumenti e la trachea si oblitera subito e si cancella per la stessa elasticità dei tessuti, specialmente, della membrana tracheale. La piccola operazione, se così si può chiamare, è molto ben sopportata e per quello che abbiamo potuto osservare insieme a Rabbiosi, non risulta, quando tutto sia stato fatto a regola d'arte e con le debite cautele, che possa provocare lo insediarsi di processi infettivi locali, o qualsiasi altra importante complicazione. Una parca disinfezione della cute con tintura di iodio, qualche goccia di novocaina all'1-2 % sotto di essa, e si può, con tutta sicurezza, affondare l'ago sulla linea mediana; accorti movimenti d'inclinazione impressi al padiglione dell'ago, a seconda della resistenza che la punta di questo incontra nel suo percorso, serviranno ad evitare un anello cartilagineo e a condurla in uno spazio intermedio; il caratteristico sibilo dell'aria aspirata, per l'ago, nella trachea, assicura della giusta posizione di questo. Si può, prima d'innestare la siringa, iniettare qualche cc. di novocaina (5-10 %) per insensibilizzare la zona tossigena della trachea ed evitare colpi di tosse che potrebbero portare la parete posteriore a ferirsi contro la punta dell'ago. Per il resto la introduzione del medicamento si esegue come di regola, non trascurando di far accompagnare ogni spinta del pistone da una profonda inspirazione da parte del soggetto.

Propriamente opportuno può, questo metodo, essere quando la via naturale, bucco-laringea è impedita da anormali condizioni localistiche che, per ovvie ragioni, rappresentano, oltre che elementi di grandi difficoltà, spesso insormontabili, per la attuazione della iniezione endo-tracheale, una formale controindicazione alla applicazione di essa: vale a dire quando esistano lesioni, acute e croniche, infiammatorie, infiltrative, ulcerative od iperplastiche, di natura banale o specifica, tubercolare o luetica, o processi tumorali benigni e maligni, e restringimenti e spasmi e turbe di

innervazione, del tratto palato-faringo-laringeo. In tali occorrenze si può anche essere costretti a rinunziare a questo trattamento, rivolgendosi, piuttosto, ad altri rimedi e sistemi di cura delle emottisi.

Altre controindicazioni di ordine generale o strettamente polmonare, al metodo della iniezione endotracheale di farmaci coagulanti? È leggittima prudenza escluderla nei soggetti molto deperiti, debilitati, cachettici, con tare cardiache avanzate, in nefritici con edemi; la febbre, anche alta, non pare possa costituire un motivo in contrario. Circa lo stato del polmone, la forma anatomo-clinica delle lesioni, il tipo e la entità delle emorragie, più che a nette controindicazioni ci si può trovar di fronte a situazioni e condizioni per cui il trattamento riesce o poco efficace od affatto inutile: lesioni congestive ed essudative, broncopneumoniche, diffuse a tutto un lobo o ad intero polmone; focolai molteplici, bilaterali, di broncoalveolite (alveolite emorragipara); ampie distruzioni di tessuto con grandi escavazioni e con rottura, intracavitaria, di dilatazioni vasali aneurismatiche, ulcerazioni e perforazioni di grossi tronchi vascolari arteriosi e venosi. In questo ultimo caso la emorragia è, come si sa, abbondantissima e di essa, all'infuori di un provvidenziale pneumotorace emostatico, nessun altro rimedio può averne ragione, tanto più quando è lesa un arteria bronchiale di un certo calibro al livello della quale la forte pressione endovasale (circa 5 volte più alta che nell'arteria polmonare, secondo Courmont) impedisce assolutamente la formazione, la permanenza ed il consolidamento del coagulo emostatico; inoltre si ricorrerà, di preferenza, a rimedi causali, più razionalmente diretti, nelle pneumorragie in cui il principale fattore determinante è costituito da stasi venosa (vizi mitralici) da ipertensione arteriosa generale, da pletora sanguigna, da stati emofilici-emogenici, da perturbazioni vasomotorie.

Per il resto, ogni altra forma di emorragia e di qualunque intensità, è favorevolmente influenzata da questo trattamento: emorragie provenienti da erosioni di ramuscoli vasali o da infiltrazione di elementi sanguigni attraverso pareti anormalmente permeabili, in seno e all'intorno di focolai infiammatori, degenerativi o neo-produttivi; da processi di congestione attiva, iperemica; dal cedimento delle fragili pareti di vasellini neoformati, ectasici, in corrispondenza di zone sclerotiche-cicatriziali, di corpi estranei ritenuti di produzioni cistiche e tumorali. In due casi di dilatazioni bronchiali, (debitamente controllate con la broncografia), cilindriche con qualche cavità ampollare, abitualmente secche, ma a tendenza emoftoica, gli episodi emorragici sono stati rapidamente dominati dalla iniezione endotracheale di Coaguleno; risultati ottimi in una emottisi recidivante, originantesi, verosimilmente, nelle vicinanze di una palletta di shrapnell, ritenuta in pieno parenchima polmonare, ed in una emottisi — caso sul quale ritorneremo — insorta nel corso di un rifornimento pneumotoracico.

Nei primi esperimenti ci siamo lasciati guidare da una ben comprensibile prudenza, limitando la quantità della sostanza coagulante iniettata, a 5, massimo 10 cc. per volta; ma, in prosieguo, la innocuità completa e la perfetta tolleranza di essa, la mancanza di fenomeni accessori e secondari e di complicazioni di qualsiasi indole e natura, e, soprattutto, i buoni effetti conseguiti, ci hanno persuaso che si poteva, senza rischio alcuno, accrescere le dosi, conforme alle esigenze del caso (10-15 ed anche 20 cc. per volta) e ripeterle, se necessario, due o tre volte in un giorno: richiesta, invero, eccezionale in quanto la emorragia si arresta, di massima, dopo la prima iniezione, salvo il permanere della emissione di blocchetti di sangue coagulato, nerastro, che segna la fine di ogni emottisi o il perdurare, per breve tempo, di espettorazione di mucosità lievemente striate di sangue.

Di solito, in casi gravi e persistenti, la riuscita dipende dalla quantità di medicamento adoperato. Dei farmaci ad azione coagulante, già sufficientemente sperimentati e riconosciuti dotati della proprietà di aumentare e di accelerare la coagulabilità del sangue mediante l'apporto di elementi che normalmente entrano in giuoco nel meccanismo evolutivo dei fenomeni della coagulazione e che si sono mostrati attivi, specialmente per applicazioni topiche nei focolai emorragici, ci siamo serviti, dapprima, del Coaguleno, poi dello Zimema e dell'Anthema; qualche volta della Pectina. In complesso, ognuno e tutti questi medicamenti, hanno fornito, comparativamente, risultati pressochè eguali senza differenze sensibili negli effetti ultimi, nella regolarità, nella durata e nella prontezza di essi (la manifestazione esterna della emorragia si presta chiaramente alla esperienza, senza dar adito a dubbie valutazioni del successo e del fallimento di un rimedio) tali da dirigere la preferenza verso l'una piuttosto che l'altra sostanza. Queste sono state adoperate integralmente, nelle concentrazioni originali, senza ulteriori diluizioni e solo scaldandole, al momento dell'uso, alla temperatura del corpo.

F. Galli con il criterio che gli effetti emostatici dei farmaci ad azione coagulante possono essere considerevolmente agevolati e rafforzati da contemporaneo restringimento del calibro dei vasi sanguinanti — eventualmente ischemia della zona emorragipara — aggiunge al coagulante un cc. di soluzione di adrenalina al ‰, ricavandone risultati soddisfacenti, sotto ogni punto di vista, riconfermati da coloro (Ascoli, Borsalino) che hanno provata questa associazione di medicamenti.

Ma, nella fattispecie, è difficile dare alle due sostanze la parte giusta che a ciascuna spetta nel determinismo dell'arresto di una emottisi. Si può presumere che veramente l'adrenalina per la sua azione vaso-costrittrice ed ischemizzante agevoli il consolidamento del coagulo emostatico alla cui formazione rapida e precoce ha contribuito, primieramente, la sostanza coagulante; tuttavia per le considerazioni su esposte a proposito dell'impiego della Adrenalina nelle emottisi e per la constatazione che i coagulanti da soli hanno mostrato di poter rendere effetti non meno pronti e completi della miscela, manteniamo immodificato il metodo originario, al passivo del quale, sin'ora, non abbiamo avuta l'occasione — se messo in opera a tempo ed opportunamente — di segnare serii insuccessi od inconvenienti di qualche importanza. Vorremmo aggiungere che non è improbabile che con la iniezione endotracheale, per il fatto delle stimolazioni apportate nelle prime vie aeree, si possono anche provocare azioni riflesse neuro-vasomotrici, costrittrici, a livello dei polmoni; la complessità e la ricchezza dei dispositivi vaso-regolatori delle strutture delle vie aeree e dei polmoni, la possibilità di fenomeni riflessi a sede bronchiale e polmonare conseguenti a stimolazioni a distanza (riflesso naso-bronchiale di Franck, riflesso vasocostrittore polmonare di Livierato e Rossi, riflessi polmonari di Abrams, ecc.) rendono verosimile una ipotesi siffatta.

Deve essere superfluo l'avvertimento di non domandare al rimedio più di quanto esso può dare e di non aspettarsi dei miracoli; ogni terapia procede necessariamente allo scoperto, senza certezze assolute di raggiungere, in ogni caso, gli obbiettivi e senza pretese di non dover mancare alcun colpo.

La esperienza, non mai sufficiente ma suggestiva e già probatoria, che si è fatta di questo metodo di cura consente di dargli un posto, e non di second'ordine, nella disponibilità terapeutica delle emorragie polmonari.

RIASSUNTO.

Per la cura delle emottisi l'A. si è valso dell'iniezione endotracheale di farmaci emocoagulanti (coaguleno, zimema, anthema ecc.) associati all'adrenalina.

BIBLIOGRAFIA.

SERGENT. *Les injections intra-trachéales.* Journal de Méd. et Chir. pratique, 25 luglio 1920.

DEHERS. Journal des Praticiens, 51, 1922.

BERTIER. *Le traitement des hémoptysies Tbc.* Journal de Méd. et Chir., 1921.

BRÉE. *Etude critique et expérimentale sur les injections intra-trachéales,* 1920.

GUYOT. *Les injections intra-trachéales dans les affections pulmonaires,* 1920.

GIUFFRIDA. *L'Adrenalina per via endotracheale nella cura delle emottisi.* Riforma medica, 18, 1925.

LUCACER. *Sull'uso dell'Adrenalina per via endotracheale nella cura delle emottisi.* Policlinico, Sez. Prat., 42, 1930.

LAURENS. *Injections intra-trachéales.* In: MARTINET. *Thérapie Clinique,* 1924.

BOSSAN et GUIEYSSE. *Recherches sur la pénétration d'une substance médicam. dans le poumon sain ou tbc. par inject. intra-trachéales.* C. R. Soc. de Biologie de Paris, febbraio 1920.

GUYOT. *Les injections intra-trachéales. Téchnique simplifiée.* Ibid., 1920.

CAUSSADE. *Avantages des médications coagulantes pour combattre les hémoptysies Tbc.* Presse Médicale, 23, 1922.

PETITJEAN. *Action de quelques médicaments vasomoteurs sur la circulation pulmonaire,* 1908.

LEVENT. *L'Adrénaline. Propriétés physiologiques.* Gaz. des Hôpitaux, n. 52, 1927.

BENDA. Annales de Médecine, n. 2, 1930.

BALVAY. Paris Médical, n. 4, 1921.

GALLI. *Su una nuova terapia della emottisi.* Lotta contro la Tubercolosi, n. 5, 1931.

ID. *Una nuova cura delle emottisi.* Rivista di Pat. e Clin. della Tubercolosi, n. 2, 1932.

M ASCOLI. *Sulla cura delle emottisi con le iniezioni endo-tracheali di Adrenalina.* Riforma Medica, n. 30, 1931.

BORSALINO. *La cura delle emottisi per via endotracheale.* Lotta contro la Tubercolosi, n. 11, 1931.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Istituto di Clinica Chirurgica della R. Università di Roma diretto dal prof. ROBERTO ALESSANDRI.

Sopra un caso di ernia otturatoria strozzata.

Prof. dott. VITTORIO GHIRON.

I casi di ernia otturatoria strozzata nella letteratura non sono molto numerosi: una statistica di Mayer del 1914 ne riuniva 56 a cui si può aggiungere una trentina di casi più recenti raccolti da Bonnet nel 1926 e pochi altri della letteratura degli ultimissimi anni. Si tratta d'altra parte di affezioni di una notevole gravità, sia per il fatto che molto spesso la diagnosi non è posta dal chirurgo, sia per il fatto che l'intervento è molto spesso tardivo. È anche da notare che accanto alle forme più evidenti con segni clamorosi di dolori e tumefazione bene evidente nella regione otturatoria, segno di Romberg, dolore alla pressione nella regione otturatoria e reperti della esplorazione vaginale e rettale; vi sono altri casi in cui parte di questi segni mancano (es. la formazione di una ernia ben manifesta); ed altri infine cui tranne i segni di occlusione nulla si può rilevare dall'esame del malato.

Questi sono i casi più insidiosi giacchè il chirurgo è fuorviato dall'anamnesi e dall'esame obiettivo contradditorio e nella letteratura l'alta mortalità dell'ernia otturatoria strozzata è appunto riportata varie volte ad interventi tardivi per diagnosi erronee, corrette, il più dei casi, durante gli interventi. È dunque molto importante per il chirurgo che si trovi davanti ad un occluso il potere escludere questa possibilità diagnostica prima di procedere ad interventi intempestivi. Ma anche con la guida di una ipotesi diagnostica è difficile a stabilire in modo sicuro la presenza di ernia otturatoria strozzata.

Kronlein diceva: « La diagnosi di ernia otturatoria non complicata è appena possibile, quella di ernia otturatoria strozzata è per lo meno incerta ». I segni più importanti si possono riassumere:

1° sintomi di occlusione del tenue. Per rilevarli bene talvolta può riuscire utile una anamnesi accurata, ma questa evenienza è pur troppo rara.

Purtroppo i segni di occlusione non sono sempre così classici e clamorosi come ci si può aspettare. Per il fatto che lo strozzamento non è completo o che l'ansa del tenue interessata è piuttosto alta il malato può avere emissioni di feci sia pure in piccola quantità che ingannano il medico.

2° segni di sede. Sono costituiti:

a) da una tumefazione nella regione otturatoria. È però poco frequente la presenza di una tumefazione evidente, di solito si tratta di una semplice rilevatezza poco pronunciata e non ben circoscritta, per cui sono necessarie manovre e ricerche onde riuscire a decelarla. Per contro sono molto numerosi i casi in cui tale tumefazione rivelatrice non fu possibile di apprezzarla oppure fu localizzata in corrispondenza dell'anello crurale. Infatti Meyer riferisce come varie volte (il 9 % nella sua statistica) tali malati furono operati con la diagnosi di ernia crurale;

b) da una nevralgia del nervo otturatorio conosciuta col nome di segno di Romberg. È dovuto alla compressione dei rami sensitivi del nervo otturatorio, ma appunto per questa etiologia nei casi in cui la compressione non si esercita con sufficiente intensità o in cui il sacco è scivolato al davanti dei filetti nervosi o perchè l'ernia è poco voluminosa, come nei casi di ernia interstiziale, la nevralgia manca. Scorrendo la letteratura si trova che il segno di Romberg è presente solo nella metà dei casi secondo alcuni (Bonnet); nella minoranza dei casi secondo Mayer e Berard. Infine è da ricordare che questo sintomo si trova pure in altre entità morbose;

c) da segni dell'esame vaginale e rettale; questi segni sono molto incerti e si traducono nel più delle volte nella percezione di una massa o piastrone dolente che può essere bene riferita ad altre entità morbose oltre quella dell'ernia otturatoria;

d) dai dati anamnestici i quali sono ancora più incerti, e possono costituire un criterio di orientamento molto relativo. Appare dalle statistiche che la donna sia molto più soggetta a tale affezione dell'uomo, che questa colpisca a preferenza persone anziane e che hanno subìto un forte dimagrimento. La anamnesi parla anche talvolta di attacchi precedenti risolti spontaneamente, ma generalmente il malato giunge alla osservazione del chirurgo durante il primo attacco.

Questi dati semeiologici incerti sono da una parte una giustificazione ai molti errori di diagnosi e dall'altra una indicazione per il chirurgo a procedere con la massima cautela nei casi di occlusione intestinale con localizzazione dei dolori verso la regione crurale e otturatoria e a preferire per questi interventi la

via addominale che nelle incertezze e nella mancanza di orientazione precisa costituisce il metodo più sicuro e meno pericoloso.

Il caso che voglio riportare è un esempio di quanto ho detto sopra.

D. G., di anni 62, ammogliato, contadino.

Non vi è nulla nell'anamnesi famigliare. Personalmente egli non ha avuto nessuna malattia degna di nota tranne i comuni esantemi infantili. La presente malattia si iniziò 4 giorni prima dell'ingresso in Clinica con dolori addominali al quadrante inf. destro, diffusi poi a tutto l'addome, specialmente alla regione periombellicale i quali andarono crescendo dal primo giorno per subire remissioni nei giorni seguenti e riacutizzarsi in 4ª giornata. L'alvo fu chiuso alle feci ed ai gas ma non completamente, giacchè in seguito ad un enteroclisma ebbe una emissione scarsa di feci d'apparenza normale. Ha avuto in questo periodo 4 volte vomito d'aspetto biliare, singhiozzo e lievi movimenti febbrili.

All'esame obbiettivo si riscontrò un addome leggermente tumido con pareti addominali tese ma mobili negli atti respiratori, lievemente dolenti alla pressione. Non si è mai potuto apprezzare una vera difesa muscolare nè apprezzare una zona di maggiore dolorabilità. Con le manovre palpatorie si possono provocare movimenti peristaltici, in vicinanza del mesogastrio con borborigmi. Verso la regione mesogastrica si può notare una risonanza timpanica più spiccata. Lieve ottusità declive mobile al fianco destro. L'esplorazione rettale riuscì negativa. Lingua umida, il polso teso, ritmico, di media frequenza, respiro regolare. Nulla a carico dell'apparecchio respiratorio e circolatorio.

All'esame radiologico si poteva rilevare meteorismo nelle anse del tenue. Col clisma opaco si riuscì a riempire tutto il colon; ma a livello del cieco il bario si arrestò riempiendolo incompletamente.

L'esame degli orifici erniarii fu negativo.

Fu operato il 6 giugno 1931, giorno seguente alla sua entrata in Clinica, con diagnosi di occlusione intestinale.

Anestesia rachidea con tutocaina: si pratica una laparotomia pararettale destra. Aperto l'addome si trova che le ultime anse del tenue e del colon sono vuote, le superiori del tenue distese. Esiste una notevole quantità di liquido torbido libero.

Seguendo le anse dell'ileo dal confluente cecale verso le porzioni più alte si trova un'ansa imprigionata in un orificio che si riconosce per quello otturatorio destro alquanto allargato. Si seziona un cercine fibroso, che stringe l'ansa e si libera questa che è in discrete condizioni sebbene cianotica. Si esplora l'orificio in cui era strozzata l'ansa che si riconosce continuare in un canale lungo 4 o 5 cm. in cui può entrare il dito indice. Eversione del peritoneo che riveste questo canale e sutura a doppio strato dell'orificio di comunicazione. Sutura a strati delle pareti addominali.

Il decorso post-operatorio fu regolare ed il paziente uscì guarito dopo una quindicina di giorni.

Il punto su cui desidero maggiormente insistere è quello del trattamento operativo e del metodo da seguire per queste ernie. Si legge in molti trattati classici, e questo concetto è stato realmente seguito in pratica da molti chirurgi, che la via più sicura e più logica per aggredire l'ernia otturatrice è quella che porta il chirurgo direttamente sulla tumefazione erniaria nella regione otturatoria. Ma se vogliamo credere ai risultati che ci forniscono le statistiche si deve dedurne che questa via non è la migliore. E quella che ha la maggiore mortalità e di più in un gran numero di casi il chirurgo ha dovuto abbandonarla per seguire la via addominale. La ragione di questi insuccessi si può ricercare: nella angustia dello spazio su cui deve lavorare; nelle manovre laboriose per liberare l'intestino e che lo espongono a incidenti operatori che prolungano e rendono più indaginosa l'operazione che per sè dovrebbe giungere rapidamente a termine. E la giustezza di questa osservazione è dimostrata anche da quanto è stato affermato da qualche chirurgo: hanno avuto migliori risultati gli interventi condotti senza diagnosi certa, appunto perchè in questi si è scelta subito la via addominale. A questo riguardo bisogna anche aggiungere come vi siano vari casi in cui l'ernia otturatoria fu diagnosticata come crurale e l'operazione eseguita secondo il metodo comune dell'ernia crurale: errore che ha naturalmente aggravato la prognosi dell'intervento. Poichè non si deve dimenticare che questa affezione dà una mortalità piuttosto alta. F. Horine nel 1927 ha riunito i casi da lui pubblicati nell'ultimo ventennio che sommano a 55 compreso il proprio. Sono segnati 22 casi letali (il 40 %), mortalità elevata ed è cosa tanto più notevole perchè riguarda casi curati con la tecnica più recente e da mani esperte. Le statistiche antiche sono anche più scoraggianti, come è naturale. English nel 1891 su 22 interventi riportava 9 guarigioni e su 4 laparotomie 1 sola guarigione. La statistica di Mayer pubblicata nel 1914 dà risultati alquanto migliori ma la percentuale delle guarigioni oscilla attorno al 50 %. Si tratta dunque di un intervento a cui il chirurgo non può procedere a cuore leggero. La gravità dipende probabilmente dal fatto che si tratta di individui occlusi da un tempo più o meno lungo. Infatti il sacco erniario generalmente ha un colletto abbastanza largo per cui non dà subito segni clamorosi per intensità di dolore e di fenomeni riflessi addominali, cosicchè molto spesso l'occlusione si trascina per qualche giorno, non conosciuta dal medico, ma producendo ugualmente i suoi effetti nocivi sull'organismo.

Si tratta poi di malati anziani, la media dell'età essendo fra i 50 e i 60 anni. Pertanto la resistenza è anche diminuita notevolmente. Ecco dunque sottolineata l'importanza che un intervento breve e semplice può avere sul successo finale.

Ricorderò brevemente l'osservazione e le critiche sulla letteratura riguardo all'erniotomia semplice. Ciò che sopratutto lamentano gli Autori è: che non permette di riconoscere beno lo stato degli organi erniarii, anzi molto spesso, ed è l'incidente più grave, l'intestino strozzato si riduce spontaneamente prima che il chirurgo abbia potuto esaminarlo convenientemente. Buona parte della mortalità delle erniotomie è dovuta appunto allo sfacelo dell'ansa erniaria avvenuto nell'addome con peritonite purulenta consecutiva. In alcuni casi (Zorn) il chirurgo dovette riintervenire. Trendelenburg in un caso trovò che il sacco si era svuotato del contenuto e alla autopsia si vide che l'ansa ridottasi era cangrenata e perforata.

È stato anche notato come sia molto difficile per il breve e stretto canale otturatorio eseguire interventi sull'intestino nei casi in cui il suo stato lo richieda; come lo sbrigliamento dell'anello può portare facilmente a lesioni sia dell'intestino sia dei vasi o dei nervi otturatori la cui disposizione anatomica non essendo mai costante non può il chirurgo seguire i punti di repere sicuri. All'opposto tutti i chirurghi sono concordi nel rilevare la facilità della laparotomia e come le manovre ad esse inerenti riescano rapide e senza notevoli traumatismi per l'intestino. Per quanto riguarda la mia osservazione personale debbo dire che avendo eseguito una incisione piuttosto ampia ed essendo guidato dai dati obiettivi e radiologici verso la fossa ileo-cecale ho potuto con rapidità estrinsecare le anse ileali dilatate e giungere sul punto strozzato senza che il malato, soggetto anziano e in condizioni generali mediocri, avesse a risentirne un trauma notevole. Nel mio caso l'anello era abbastanza largo, però costituito da una briglia connettivale molto densa e tenace e questo è ben naturale quando si pensi alla costituzione anatomica del canale otturatorio. Dalla via addominale mi riuscì facile lo sbrigliamento e allora l'ansa potè facilmente venire ridotta. Secondo gli Autori sarebbero abbastanza frequenti i casi di strozzamento laterale di un'ansa. In questa evenienza è molto facile se si interviene per la via otturatoria che l'ansa si riduca spontaneamente e troppo rapidamente all'inizio dell'operazione. Con la via addominale si può esaminare facilmente lo stato dell'ansa e, se è necessario, aggiungere qualche punto sieroso per proteggere la parte di parete dell'ansa in cattive condizioni ed evitare la resezione che costituisce un aggravamento notevole. Infatti nella statistica di Wilms nel 1914 i malati di ernia otturatoria strozzata in cui fu eseguita una resezione intestinale morirono tutti. In seguito ne sono stati pubblicati tre casi con sopravvivenza; ad ogni modo è chiaro la gravità di questo intervento.

Un'ultima parola voglio aggiungere per quello che riguarda il trattamento del canale dell'ernia. Nei casi in cui vi è una peritonite del sacco con formazioni di membrane o di liquido purulento si può mettere un drenaggio di garza ma, tranne queste condizioni, è sempre preferibile richiudere. Sono stati descritti metodi numerosi. Trendelenburg descrisse un metodo osteoplastico. Altri metodi osteoplastici furono usati sopratutto in Germania (Bardenheuer, Von Meer, Gundermann). Sempre in Germania sono stati descritti metodi di plastica muscolari più semplici ed agevoli, di trapianti di grasso (Gundermann, Brüning). A me sembra che questo costituisca una perdita di tempo e che l'utilità ne sia discutibile. Personalmente ho usato del sacco stesso introflettendolo nell'addome ed eseguendo doppio strato di satura in modo da raddoppiarlo e fissarlo lateralmente, e con buon esito. Metodi analoghi sono stati usati da altri autori con risultato soddisfacente e credo sia la via più pratica per questi casi.

RIASSUNTO.

L'A. parla sopra un caso di ernia otturatoria strozzata decorsa subdolamente e con pochi sintomi talchè la diagnosi da porsi era quella generica di occlusione intestinale. L'A. ricorda come sieno stati frequenti gli errori diagnostici in tale affezione e per questa considerazione ed altre il migliore trattamento è la laparotomia.

BIBLIOGRAFIA.

BONNET. *Le diagnostic et le traitement de la hernie obturatrice étranglée.* Lyon Chirurgical, 1926.

CYRUS F. HORINE. *Obturator hernia.* Annals of Surgery, 1927.

BONNET. *Hernie obturatrice étranglée.* Société de Chirurgie de Lyon, janvier 1922; Lyon Chirurgical, t. XIX, n. 4, p. 452.

GUNDERMANN. *Ueber der plastischen Verschluss des Canalis obt.* Beiträge zur klinischen Chir., 1920, f. 118.

JABOULAY M. and PATEL M. *Hernies.* Vol. XXV:

Nouveau Traité de Chirurgie. Paris, Baillière, 1908.
English J. *Ueber Hernia Obturatoria*. Wien. Kl. Wochenschr., 1891.
Meyer. *Ueber hernia obturatoria*. Arch. f. Klin. Chir., 1914.
Mac-Mahon. *Obt. hernia*. Annals of Surgery, 1915
Samarelli V. *Ernia otturatoria strozzata*. Atti Soc. Lomb. di sc. med. e biol., Milano, 1912-1913.
Sawday A. E. *A case of Strangulated Obturator Hernia*. Lancet, London, 1921.
Kindl. *Hernia Obturatoria*. Zentralblatt f. Chir., 1912.
Zorn. *Zur Operat. der H. Obt.* Ibid., 1918.
Kauffmann. *Ernia otturatoria*. Wien Klin. Woch., 1930.
Peters. *Ernia otturatoria*. Sedute della Società Berl. di Chirurgia, 1929; Zentralblatt f. Chirurgie, 1929.

Istituto di Clinica Chirurgica della R. Università di Bologna
diretto dal Prof. Bartolo Nigrisoli.

Considerazioni su di un caso di stenosi del tenue postraumatica.

Dott. Guido Pupini.

Lo studio delle contusioni dell'addome e delle loro conseguenze interessa da secoli i medici e chirurghi e vi accenna anche il Morgagni (« De sedibus et causis morborum »). Spetta a Moty (1890) il merito di aver classificate dette alterazioni a carico dell'intestino in lesioni da schiacciamento, da scoppio e per trazione. Esse sarebbero prodotte dal repentino e violento avvicinamento della parete addominale anteriore allo scheletro (colonna, ossa iliache) ed a quella posteriore (Morgagni, Sauerbruch, Longuet (1), Beck (1), Eichel, Curtis (1), Ferrier e Adam, Thomann (1) ecc.) ed il loro tipo dipenderebbe dallo stato di riempimento dell'intestino così stretto nella morsa (Scarpa (1), Hertle, Bunge (1), Kempf (1) ecc.) e dalla direzione ed entità delle forze su di esso agenti (Sauerbruch, Neumann, Petri ecc.).

Fra gli esiti poco frequenti di questi traumatismi figurano anche stenosi intestinali di cui abbiamo avuto occasione di osservare un caso in Clinica.

M. Tenilio, di anni 36, contadino, da Budrio. Entrato il 6-VII-1931. Uscito il 4-10-1931.

I genitori sono morti a causa di malattie infettive di natura non meglio precisabili. Null'altro di notevole nel gentilizio. Nato a termine di parto fisiologico ha avuto allattamento materno. Non ha sofferto dei comuni esantemi dell'infanzia, nè contratto malattie veneree. Durante la guerra ha avuto per due anni circa febbri malariche. Nell'immediato dopo guerra è stato colpito da una forma influenzale grave (« Spagnola ») dalla quale è guarito in circa 6 settimane senza postumi.

È sempre stato forte mangiatore, modico bevitore e fumatore.

Il giorno 9-V-1931 è caduto con violenza sull'estremità del timone di un biroccino battendovi l'addome poco sotto l'ombelico. Non ha perduto la coscienza ed ha potuto rialzarsi da solo poco tempo dopo, nonostante accusasse dolori vivissimi e diffusi a tutto l'addome. È riuscito a recarsi senza aiuto a casa ed a coricarsi a letto. Nel frattempo sono cresciuti i dolori addominali ed hanno raggiunto tale intensità che il sanitario chiamato ad assisterlo ha creduto opportuno fargli delle iniezioni di morfina. Ha pure avuto ripetutamente vomito. L'addome fu, a dire del curante, uniformemente ligneo e dolentissimo. Non sembra avere avuto nè melene, nè ematemesi. Durante la prima notte a distanza di circa 10 ore dal trauma è stato colto, stando a letto, da colasso e perdita dei sensi, ma s'è riavuto abbastanza presto. Nei giorni seguenti sono comparsi lievi rialzi termici e l'alvo è rimasto chiuso anche per i gas. Dopo due giorni in seguito a clistere ha avuto una piccola scarica con emissione di poco gas. La minzione è stata sempre regolare. I dolori addominali sono sempre persistiti anche nei giorni successivi, tuttavia sembra che l'addome sia diventato un po' più trattabile ed un po' meno dolente, pur persistendo spiccata dolorabilità e resistenza al basso ventre. In seguito s'è manifestata una certa distensione dell'addome ed i dolori hanno assunto i caratteri di crampi che si presentavano ad intervalli piuttosto brevi. L'infermo fu sempre febbrile, aveva ogni tanto vomito alimentare e non poteva defecare, nè emettere gas, se non ogni secondo-terzo giorno per mezzo di enteroclismi. Persistendo questo stato di cose, il suo stato generale è decaduto abbastanza presto ed è peggiorato, specie negli ultimi giorni precedenti al suo ingresso in clinica, anche quello locale. La febbre è salita più di una volta ad oltre 40°, il vomito ed il singhiozzo sono diventati quasi continui, l'alvo è rimasto ostinatamente chiuso e l'addome s'è fatto gonfio e resistente.

Reperto all'ingresso, in Clinica: 6-VII-1931: Individuo di costituzione scheletrica regolare in cattivo stato di nutrizione, irrequieto. Facies peritonealis. Estremità fredde. Temperatura 38,5. Micropoliadenia sott'ascellare ed inguinocrurale. Respiro toraco-addominale affannoso; lievi fatti umidi alle basi. Polso 120, poco valido, non teso, ritmico, regolare. Null'altro di notevole a carico dell'apparato respiratorio e circolatorio. Addome disteso forse un po' più a carico dei quadranti superiori, quasi ligneo ed oltremodo dolente. La massima dolorabilità si riscontra nei due quadranti di sinistra, specie in vicinanza e sotto l'ombelico. Alla percussione si ha suono timpanico su tutto l'ambito addominale, non sembra esistere versamento addominale libero. All'ascoltazione si avvertono ogni tanto, specialmente nella regione ombelicale, dei borborigmi; all'esplorazione rettale si riscontra accentuata dolenzia dello sfondato retto-vescicale.

Date le condizioni gravissime dell'ammalato non fu possibile eseguire un esame più minuzioso.

---

(1) v. Rost: *Fisiologia patologica per chirurghi*. Lipsia, Vogel, 1920.

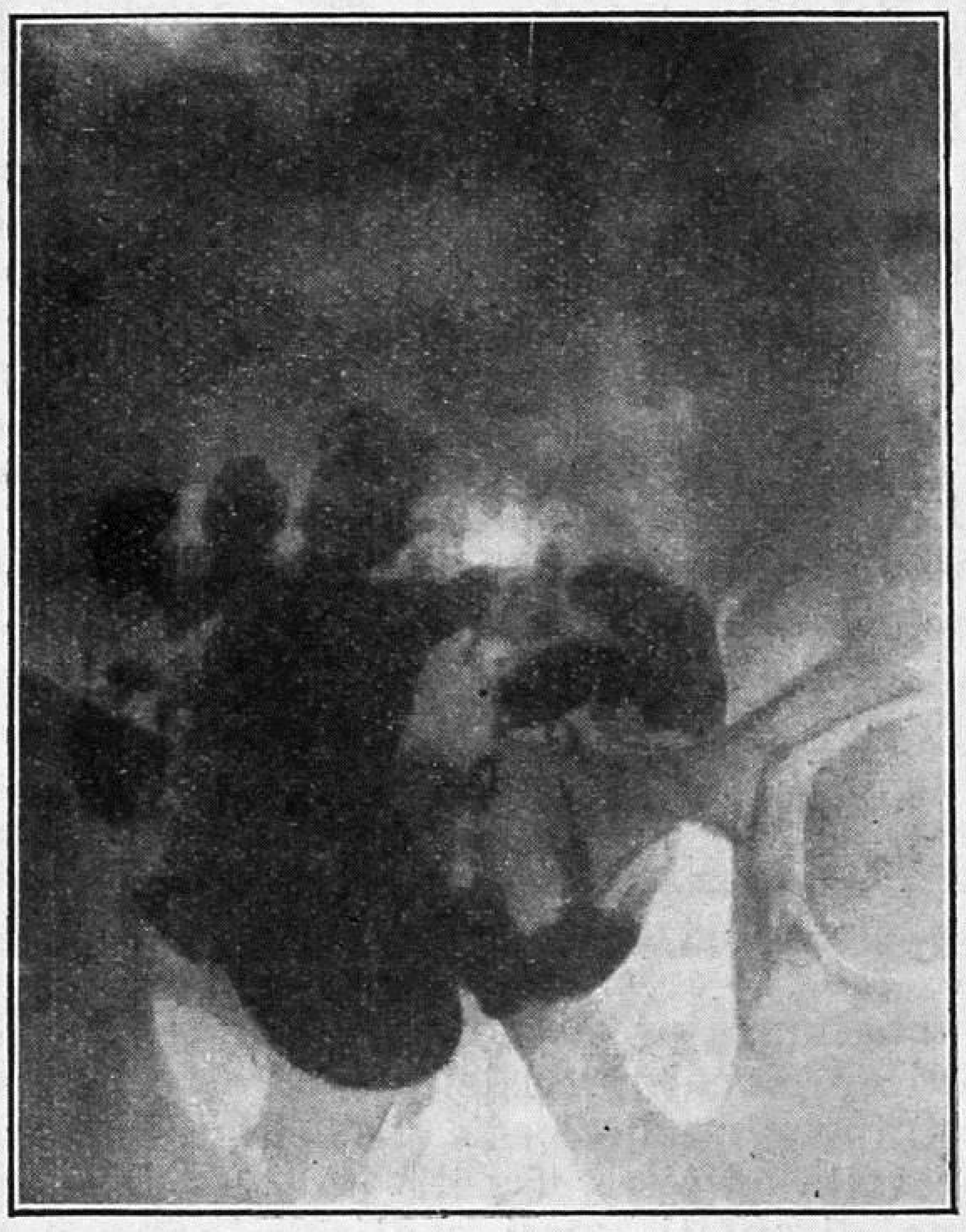
Esame delle urine: torbide, acide, P. S. 1018: traccie d'albumina, indacano e pigmenti biliari. Zucchero assente. Sedimento: rari globuli bianchi, urati amorfi, cristalli di triplofosfato.

Esame morfologico del sangue: globuli rossi 4.100.000. Emoglobina 85, globuli bianchi 16.700: formula leucocitaria: linfociti 8 %, mononucleari grandi 6 %, forme di passaggio 3,5 %, polinucleari neutrofili 78 %, eosinofili 2 %. Mastzellen 0,5,%.

Sieroreazione di Wassermann: negativa.

Esame delle feci: negativo riguardo alla ricerca del sangue occulto e di parassiti.

Date le condizioni gravissime dell'infermo — temendosi un esito in tabula — fu decisa l'attesa. Il paziente fu di fatto colto poco dopo da brivido con successivo rialzo termico a 40°,8. Il giorno seguente, dopo somministrazione di cardiocinetici e frazionata di 1500 cmc. di soluzione fisiologica per fleboclisi si è ottenuta mediante clistere una scarica alvina con abbondante emissio-



ne di gas. Le condizioni dell'ammalato sembravano migliori: temperatura massima 38,5. Addome un po' meno teso e dolente e polso un po' più valido e meno frequente (108). Lo stato dell'infermo è rimasto invariato per altri 4-5 giorni e poi si è verificato un progressivo, lento ma deciso miglioramento. Il polso è ritornato normale, la temperatura è caduta mano a mano fino al valore fisiologico, l'alvo ha ripreso a funzionare regolarmente, i dolori addominali sono regrediti quasi del tutto e sono persistiti solo lievi crampi nella regione ombelicale che duravano però solo poco tempo e comparivano ad intervalli di parecchie ore. L'addome è ridiventato trattabile ed è rimasta solo una certa dolenzia poco al disotto dell'ombelico, forse un po' più a sinistra. Ogni tanto si avvertivano borborigmi e qualche volta si notava in modo non molto netto il fenomeno della peristalsi visibile nella regione ombelicale. Questi fatti sembravano anzi accentuarsi mano a mano. S'è perciò sospettata una stenosi intestinale ed inviato l'ammalato per l'esame radiologico.

Esame radiologico: 31-VIII-31 (v. fig.) con somministrazione di un pasto opaco: lo stomaco è normale ed alto e nella stazione eretta mostra un'incisura sulla grande curva che lo divide apparentemente in due sacche. Tale aspetto sembra dovuto a causa estrinseca e scompare nella posizione orizzontale. Il duodeno è largo ed a decorso arcuato ad ampio anello. Lo svuotamento gastrico si compie in modo normale. Dopo 8 ore dalla somministrazione del pasto opaco, questo riempie delle anse di tenue basse, di cui una ampia, a contorni lisci, distesa nella regione ipogastrica. A 24 ore dall'inizio dell'esame si vedono pieni di bario, oltre al colon, anse distese occupanti le due fosse iliache e l'ipocondrio sinistro ove esiste pure un notevole livello idroaereo. L'aspetto appare anche più manifesto alla 33ª ora. Si rileva un largo livello nel quadrante superiore destro ed un'amplissima ansa dilatata da gas nel quadrante superiore sinistro. I livelli e le anse dilatate sono riferibili a tenue ectasico a monte del tratto stenotico. Dopo 48 ore è pieno di bario il solo colon.

Avuta la conferma radiologica dell'esistenza di una stenosi del tenue fu deciso l'intervento.

Operazione: 12-IX-1931: prof. Bartolo Nigrisoli. Narcosi morfio-eterea. Laparotomia pararettale destra sopra e sottombelicale. Enter-enterostomia latero-laterale, ileo-ileale. Piccolo zaffo. Sutura subtotale delle pareti a strati.

Reperto: Nel tratto medio dell'ileo si nota che l'intestino è gravemente alterato in un segmento lungo 10 cm. circa. Le pareti sono uniformemente infiltrate, rigide, ispessite, e la sierosa è vellutata ed intensamente iperemica. Vi è uno strozzamento anulare che dà al tratto intestinale un aspetto di clessidra e sembra quasi occludere il lume intestinale. Cospicua ipertrofia e dilatazione delle pareti a monte della stenosi; atresia dell'intestino a valle. Mesentere corrispondente al tratto alterato, ispessito, retratto con essudati fibrinosi e fenditura completa ovoidale a maggiore asse ortogonale sull'inserzione enterica.

Il decorso postoperatorio è stato regolare. Il paziente viene dimesso guarito il giorno 4-10-1931.

Il primo caso del genere sembra essere stato osservato da Velpeau (2) (1883) e Schloffer ha compilato una statistica di 10 casi conosciuti fino al 1901 (Röser 1844, Pouzet 1877, Poland, Braillet, Treves, Stutsgaard, Schlange, Szokolow, v. Eiselsberg ed uno personale). Koltschin (1913) ha potuto raccogliere altri due casi (Fioravanti, Kablukoff) nella letteratura e portare il contributo di due osservazioni personali. Bartikowski (3) 1895, Longard (1906), Dubs, Blanc y Fortacin, Heyrowski, Lejars (3) Maier, Neugebauer, Rohde, hanno comunicato inoltre casi consimili (4).

---

(2) v. SCHLOFFER. *Stenosi postraumatiche dell'intestino.* Mitt. Grenzgeb. Med. Chir., VII, 1, 1900.

(3) v. KÜTTNER. *Lesioni tardive dell'intestino dopo contusioni addominali.* Ergeb. Chir. u. Orthop., 1930.

(4) Non credo che il caso di KAPESSER possa rientrare in questo gruppo trattandosi di un ileo acuto da gomitatura per ematoma intramesenterico. Anche nei casi di Neugebauer e Rhode sem-

Velpeau ha già espresso l'opinione che per causa del trauma si produca una lesione ulcerativa della mucosa con conseguente sclerosi e retrazione cicatriziale della parete enterica.

Si pensava allora che avvenisse un distacco della mucosa con ematoma sottostante e che la formazione del processo ulcerativo fosse dovuto alla sua digestione come ha ad esempio cercato di dimostrare il Vanni per lo stomaco (5). Mugnière (6) ha fatto ricerche sperimentali in questo senso, ma non è riuscito a produrre che piccolissimi stravasi emorragici guariti rapidamente. A questi risultati corrispondono quelli del Poggi che ha potuto mettere in evidenza la sollecita riparazione della mucosa intestinale asportata cruentemente anche per tratti estesi. Le lacerazioni isolate (senza rottura contemporanea degli altri strati, almeno nello stesso punto) della mucosa, sembrano essere assai rare (casistica di Petri ed altri) e non raggiungere quasi mai un'estensione notevole.

Stern ha cercato di paragonare queste stenosi traumatiche a quelle anulari brevi conseguenti ad incarcerazioni erniarie ed in modo particolare a quelle canaliformi che sono alquanto più rare (Garrè, Maas (7), Schulz, Ginzburg-Klein ecc.). Egli ritiene queste lesioni riferibili ad alterazioni circolatorie interessanti direttamente un piccolo tratto della parete intestinale (stenosi anulare) od un segmento mesenterico (stenosi canaliforme) con conseguente ripercussione sull'ansa irrorata. Maas ha studiato la questione anche dal punto di vista sperimentale ed ha potuto dimostrare che l'interruzione temporanea (non oltre 3 ore) del circolo mesenterico — come avviene ad esempio negli strozzamenti erniari — può determinare la comparsa di stenosi intestinali, ma che ogni lesione circolatoria più prolungata porta immancabilmente alla gangrena dell'ansa. Reichel (8) ha fatto d'altronde rilevare che la mucosa intestinale è la parte meno resistente a turbe circolatorie, forse perchè le probabilità della formazione di un circolo collaterale sufficiente sembrano essere minori. A proposito sono stati chiamati in causa anche i reperti (Ponfick, Parenski, Nothnagel (9), Deckard ed altri) di ulcerazioni della mucosa intestinale e stenosi (anche coesistente) da embolie dell'arteria mesenterica. Schloffer ha perciò, nell'intento di chiarire le cose, affrontato il problema con una grande serie di ricerche sperimentali molto accurate.

I risultati ottenuti da Schloffer possono riassumersi all'incirca nel modo seguente:

Gli schiacciamenti dell'intestino vuoto causano lesioni gravi specialmente a carico della mucosa (distacco delle frangie e ghiandole, ecc.) in particolare modo se la parte traumatizzante è molto estesa. Nella tunica muscolare sembrano le fibre circolari quelle più compromesse. La sottomucosa è lo strato meno alterato. Le lesioni della sierosa e muscolare sono assai più gravi, quando l'intestino è pieno. In nessun caso si formano stravasi molto considerevoli. Il processo riparativo avviene, come già descritto dal Poggi ed altri, per eliminazione delle parti lese, sostituzione connettivale a carico della muscolare, reintegrazione della mucosa dai bordi previa formazione di un tessuto di granulazione rivestito da uno strato di cellule epiteliali grandi. A cicatrizzazione avvenuta residua — se la lesione fu estesa — una mucosa alquanto più bassa, con ghiandole irregolari per conformazione e disposizione e più povere di elementi cellulari e strato epiteliale in parte cilindrico, in parte piatto. Dopo qualche mese non si riconosce più la zona colpita, non si forma nessuna stenosi e questo tratto rimane solo meno distendibile (rigidità della muscolare), quando aumenta la pressione endointestinale.

L'asportazione della siero-muscolare genera in primo tempo un'« ernia » della mucosa ed in secondo tempo una gomitatura dell'ansa con formazione di uno sperone sottostante. Si osserva un'ipertrofia della muscolaris mucosae ed un'atrofia della mucosa.

L'ablazione completa circolare della mucosa è seguita da rapida rigenerazione senza esito in stenosi.

L'asportazione della siero-muscolare e della mucosa (in modo che rimanga la sola sottomucosa) è pure riparata con sostituzione connettiva della muscolare e formazione di una mucosa alquanto atipica senza esito in stenosi, a men chè non avvengano fatti d'invaginamento come osservati anche dopo schiacciamenti circolari molto estesi.

Quest'Autore non ha mai potuto vedere stravasi emorragici sollevanti la mucosa, come vorrebbe Mugniere, nè nella muscolare, tali da portare alla necrobiosi delle pareti od insorgenza di processi ulcerativi cronici. Egli ha solo notato che la riformazione della mucosa è tanto più difficile quanto più estesa e profonda (muscolaris mucosae ecc.) è la sua distruzione.

---

bra che la retrazione mesenterica consecutiva ad organizzazione di un'ematoma abbia avuto parte preponderante nel generare la stenosi (Küttner li classifica come tali). Va infine ricordato che nel secondo caso di Koltschin non è stata fatta alcuna biopsia nè necroscopia.

(5) BERRY-GIUSEPPI avrebbero osservato un grosso ematoma sottomucoso in un caso di perforazione tardiva.

(6) Contusioni dirette sulla parete addominale di cani (v. SCHLOFFER).

(7) Deut. Med. Woch., 1895, 165, v. SCHLOFFER.

(8) Ricerche sulla compressione elastica dell'intestino (v. SCHLOFFER).

(9) v. HENKE LUBARSCH.

Lo Schloffer conclude che anche la distruzione di tutti gli strati dell'intestino non è seguita da stenosi e riparata con ripristino funzionale, quando non esistono lesioni di una certa entità a carico della sottomucosa, e che la compromissione di quest'ultimo strato (sottomucosa e muscolaris mucosae) ha delle gravi ripercussioni sulla rigenerazione della mucosa stessa che o non avviene affatto od in modo assai lento ed incompleto (10). Questo concetto gli sembra confermato dall'osservazione clinica propria e di quella di Pouzet. Egli ha potuto inoltre dimostrare (11) che la legatura dei vasi mesenterici, se è fatta in modo d'interrompere la circolazione per un tratto piuttosto esteso senza essere per questo così grave da portare alla gangrena, determina costantemente alterazioni a carico di tutti gli strati della parete enterica, ma specialmente a carico della mucosa, e porta a stenosi dell'intestino.

Le esperienze dello Schloffer riescono anche molto convincenti nel senso d'illustrare l'importanza ed il comportamento dei singoli strati della parete intestinale e della componente vascolare in seguito a simili insulti traumatizzanti; credo tuttavia doversi tener conto del fatto che questo Autore ha ottenuto le lesioni o martellando l'intestino con un peso di ferro o schiacciandolo fra le branche di pinzette di Kocher, di un angiotribo di Doyen o di un portaghi. Ora in realtà l'intestino non sarà quasi mai contuso fra due corpi assolutamente rigidi, ma di regola fra le pareti addominali sempre fino ad un certo punto elastiche, specie quella anteriore. Sarà dunque quasi superfluo richiamare l'attenzione sul valore di tale differenza, specie per quanto riguarda l'emostasi spontanea nella parte interessata e la conseguente formazione di stravasi sanguigni ed ematomi; giacchè basterà ricordare l'emorragia abbondante di una superficie di sezione gastrica od intestinale dopo tolto un enterostato elastico e l'emostasi quasi completa dopo rimosso uno schiacciatore, ad esempio di Payr.

Kehl ed Erb (12) hanno colle loro ricerche sperimentali messo in evidenza l'influenza degli ematomi intramesenterici sulla produzione di stenosi postraumatiche dell'intestino e Brady (13) della trombosi dei rami terminali dell'arteria mesenterica.

Si può dunque considerare come accertato che, sia lesioni dirette dell'intestino (specialmente se compromettenti la sottomucosa; Schloffer), sia alterazioni della circolazione mesenterica ed intestinale (Reichel, Brady, Schloffer ecc.) possono causare ulcerazioni della mucosa — come già preconizzato da Velpeau — e portare così alla formazione di stenosi.

Nel nostro paziente credo si debba ammettere che la stenosi enterica sia con ogni verosimiglianza una conseguenza del trauma, sia perchè trattavasi di soggetto vigoroso esente da affezioni precedenti (tubercolosi, sifilide, dissenteria ecc.) senza il minimo disturbo a carico delle funzioni intestinali o d'altra natura preesistenti al trauma (14), sia per il tipo stesso dell'infortunio (15) e la continuità e cronologia delle manifestazioni morbose (16), sia per il reperto operatorio di un'alterazione mesenterica corrispondente a quella intestinale e per i caratteri di quest'ultima (17). Non

(10) SCHLOFFER ha fatto notare che la sottomucosa dell'intestino del cane è particolarmente resistente e che perciò non è in linea di massima possibile ottenere delle stenosi in questo animale, ciò che riesce invece nel maiale dove la sottomucosa sembra essere più vulnerabile.

(11) Esperienze su conigli.

(12) Virchow. Arch., CCXLVI, v. NEUGEBAUER.

(13) v. HENKE LUBARSCH. *Manuale anat. ed istol. pat.* Springer, Berlino, 1925.

(14) Le stenosi infiammatorie e neoplastiche hanno in genere un'evoluzione alquanto più lenta.

(15) KOCH, studiando 44 casi di lesioni sottocutanee degli organi addominali, ha fatto notare che di queste 12 erano dovute a calci di cavallo, 2 a caduta sul timone di un biroccino, 17 a schiacciamenti dell'addome di cui 13 da ruote di veicoli e solo 8 a cadute varie. Rimando a proposito ai lavori di Petri, Hahn, Kringer, Prutz e Monnier, Vauce, Kleinschmidt e Hohlbaum, ecc. Questi Autori hanno pure potuto stabilire che le lesioni di questo genere interessano di preferenza il tenue ed assai più di rado le altre parti dell'intestino. Vauce ha trovato su 221 casi di contusioni addominali 177 lesioni del tenue e fra queste 3 isolate del mesentere, 29 del duodeno e 15 del crasso.

(16) Intervallo fra trauma e manifestazione della stenosi. Il tempo trascorso fra trauma ed intervento per la stenosi fu nei casi comunicati nella letteratura variabile fra 3 settimane ed un anno. Di solito 6-8 settimane circa. In alcuni casi non operati i pazienti sono venuti a morte per la stenosi a 7-8 mesi di distanza dal trauma.

(17) Stenosi a clessidra, liscia, circolare, lunga 10 cm., di consistenza uniforme quasi fibrosa. Le stenosi dissenteriche presentano di regola un ispessimento grigiastro irregolare a « zig-zag » delle pareti; quelle tubercolari retrazioni multiple irregolari biancastre, quasi sempre alternate a zone di ispessimento proliferativo infiltrante; quelle luetiche di preferenza localizzazioni nella parte alta del tenue; quelle actinomicotiche infiltrazioni diffuse, dure con colorito tendente spesso al cianotico, nelle quali si trovano non di rado piccoli focolai di rammollimento, con forte tendenza all'adesione alle parti circonvicine, specie

sembra neppure verosimile che la perforazione mesenterica debba essere considerata come preesistente al trauma, perchè le fenestrature mesenteriche, sia che si vogliano interpretare come dovute a mancata fissazione secondaria del mesentere, come vorrebbe Prutz, sia come processo regressivo fisiologico (Federschmidt) od atavico (Klaatsch) non hanno bordi ispessiti o retratti. Se viceversa questi caratteri del bordo della soluzione di continuo del mesentere dovessero essere attribuiti solo ad un processo flogistico svoltosi in quella zona si sarebbero trovati simili fatti di retrazioni anche nelle parti circonvicine del meso (18).

Sorge ora spontanea la domanda se la stenosi intestinale sia dovuta a contusione diretta dell'ansa o sia secondaria alla lacerazione del mesentere, o se tutte e due le parti, intestino e mesentere, siano state interessate contemporaneamente.

Dalla storia clinica risulta che il paziente è stato colpito violentemente nella regione sottombelicale e che la contusione fu seguita a circa 10 ore di distanza, mentre l'infermo era già da tempo fermo a letto, da una lipotimia che appunto per questo complesso di condizioni mi sembra con molta probabilità attribuibile ad un'emorragia interna. In seguito sono comparsi fatti peritoneali (difesa addominale, dolori, temperatura, leucocitosi e polinucleosi, ecc.) durati quasi 2 mesi regrediti spontaneamente. La loro interpretazione non è di certo facile, dato che all'atto operatorio non fu trovata traccia di un processo adesivo nella regione colpita, ma solo qualche « essudato fibrinoso ». Siccome non pare verosimile che un emoperitoneo asettico possa causare una fenomenologia così grave e prolungata (2 mesi) e non vi è nessun indizio che permetta supporre un'emorragia a poussée, si potrebbe forse pensare ad un processo limitato al Douglas (molto dolente al momento dell'ingresso in clinica) nel quale del resto si accumulano di preferenza le raccolte intraaddominali libere. Questi fatti depongono forse pure per l'avvenuta lesione traumatica del mesentere e dei suoi vasi, giacchè non è comune che ferite superficiali della parete intestinale non interessanti l'inserzione mesenterica, causino una così abbondante perdita di sangue. D'altronde non si sono osservate lesioni a carico dell'ansa (aderenze, cicatrici, ecc.) che rendessero lecito ammettere una sua rottura o ferita grave consecutiva al trauma. Per quanto il suo aspetto ricordasse quello delle stenosi secondarie ad incarcerazione Garrè, Schulz, ecc. con compressione del mesentere, non credo probabile potersi invocare un meccanismo consimile da solo per la genesi della stenosi, occorrendo allora un'interruzione periferica del mesentere come dimostrato sperimentalmente da Schloffer e confermato in clinica dal caso di Dubs e dalle osservazioni di rotture basali del mesentere senza formazione secondaria di restringimento (Saalmann, Kringer, ecc.).

Dai fatti esposti si ricava dunque l'impressione che la contusione abbia interessato contemporaneamente l'intestino ed il mesentere (19) senza poter certo discernere quanta parte abbia avuto per la genesi della stenosi il fattore contusivo diretto e quello vascolare.

Dopo la prima fase acuta si è andato stabilendo nel nostro paziente una sintomatologia tipica di stenosi intestinale (meteorismo, borborigmi ecc.) che si è mano a mano sempre più accentuata. Queste tre fasi del quadro morboso della stenosi del tenue postraumatica: — trauma; periodo con reazione peritoneale più o meno grave e prolungata; periodo d'evoluzione della stenosi (3 settimane fino ad un anno prima di costringere all'intervento) — sono state osservate in tutti i casi finora descritti e credo possano essere considerate perciò come caratteristiche. Essendo ormai assodato dall'esperienza la rapida evoluzione progressiva e la benignità anatomica di queste stenosi, ne risulta l'indicazione netta di ristabilire al più presto la canalizzazione normale del tubo enterico. A questo scopo basterà di regola la semplice entero-enteroanastomosi fra le due anse a monte ed a valle, come eseguita nel nostro paziente. Essa dà senza dubbio il risultato desiderato ed è di certo meno indaginosa e traumatizzante della resezione che sarà opportunamente riservata ai casi in cui sussistano dubbi diagnostici o condizioni anatomiche particolari.

---

alle pareti addominali; e quelle neoplastiche una infiltrazione irregolare variante a seconda dei caratteri del tumore, ma certamente mai così liscia e regolare per un'estensione simile a quella da noi riscontrata.

(18) Un certo valore in questo senso può forse anche avere il criterio che non sono state riscontrate altre fenestrature e che questa era situata al di fuori del « campo di Treves » che è la loro sede più comune.

(19) Le lacerazioni del mesentere « per trazione » avvengono in genere in senso trasversale (Rost). Sencert-Ferry hanno raccolto i 27 casi conosciuti fino al 1921 e Black, Bost Creasy, Dubs 3, Del Campo, Koch, Palma, Vauce 3, hanno portato contributi casistici ulteriori a questo argomento.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un caso di stenosi del tenue con lacerazione mesenterica postraumatica operato ed accenna alla patogenesi, sintomatologia e cura di queste forme tenendo conto delle osservazioni cliniche e sperimentali finora fatte.

BIBLIOGRAFIA.

BENASSI. *Ricerche sperimentali sugli effetti dello strozzamento temporaneo di un'ansa intestinale.* Arch. It. Chir., XXIII, 1929.

BERRY. *Discussione sulla diagnosi e terapia delle contusioni addominali.* Congr. Soc. Med. Brit. New Castel. Ref. Brit. Med. Journ., 22 ottobre 1921, 3173.

BLACK. *Ferite e lesioni traumatiche del mesentere.* Illionois Med. Journ., agosto 1928.

BLANC Y FORTACIN. *Stenosi intestinale d'origine traumatica.* La Med. Ibera. XXI, I, 492, 9 aprile 1927.

BOLOGNESI. *L'occlusione dei vasi mesenterici.* Virch. Arch. f. Path. Anat. u. Physiol., CCIII, 1911.

BOST CREASY. *Lesioni traumatiche del mesentere e canalizzazione intestinale.* Annales Surg., LXXXIX, 1929.

BRENTANO. *Contusioni addominali.* Deut. Med. Woch., 1901. (Supplemento).

BROFELDT. *Patogenesi delle lesioni gastrointestinali da contusioni ecc.* Ref. Zentrorg. f. Chir., XXXI, 1924, 383.

BUCHOLZ. *Contusioni intestinali.* Mitt. Grenzgeb. Med. u. Chir., 1917, III, Suppl. 1106.

COTTE. *Contusione del mesentere e del rene.* Lyon Méd., CXX, 1913; Soc. Nat. de Méd. et Seance, Lyon, 2 dicembre 1912.

DECKARD. *Trombosi ed embolia dei vasi mesenterici.* Mitt. Grenzgeb. Med. u. Chir., V, 511.

DEL CAMPO. *Contusione addominale ecc.* Ann. di fac. de Méd. Montevideo, VIII, 11, 1923.

DUBS. *Contributo alla conoscenza delle rotture ecc.* Deut. Zeitsch. f. Chir., CXXXIII, 366; Ibid., CLI, 1919.

EICHEL. *Contributo clinico sperimentale sulle lesioni sottocutanee ecc.* Bruns Beitr. Klin. Chir., XXII; Münch. Med. Woch., 1901.

FEDERSCHMIDT. *Le fenestrature mesenteriche ecc.* Deut. Zeitsch. f. Chir., LVIII, 205.

FERRIER et ADAM. Congr. Chir. Franç. Lyon, 1894.

FISCHER, HENKE-LUBARSCH, IV, 1, 329.

GARRÉ. *Rara forma di stenosi cicatriziale ecc.* Beitr. Klin. Chir., IX, 185.

GINZBURG-KLEIN. *Stenosi tardiva dell'intestino ecc.* Ann. Surg., LXXXVIII, 2 agosto 1928.

HAHN. *Interventi per lesioni sottocutanee ecc.* Verh. d. Deut. ges. f. Chir., 1900, 110.

HENKE-LUBARSCH. *Manuale anatomia ed istologia patologica.* Springer, Berlino, 1925.

HERTLE. *Lesioni da contusione intestinale ecc.* Bruns Beitr. Klin. Chir., LIII, 256.

HEYROWSKY. Soc. Chir. Vienna, 13 genn. 1921; Ref. Zentrbl. f. Chir., 1921, 859.

HOHLBAUM. *Le fenestrature mesenteriche ecc.* Bruns Beitr. z. Klin. Chir., CXIX, 468.

HOPP. *Lesioni addominali traumatiche sottocutanee.* Ibid., LXXII, 278, 1911.

KAPESSER. *Caso raro di ileo alto.* Deut. Zeitsch. f. Chir., CXLVI, 3-4, 1918.

KLEINSCHMIDT e HOHLBAUM. *Trattato di chirurgia:* KIRSCHNER e NORDMANN. Urban e Schwarzenberg, Berlino, 1927.

KLAATSCH. *Morfologia e formazione del mesentere nei vertebrati.* Gegenbauer morphol. Jahrb., XXIII.

KOCH. *Lesioni sottocutanee degli organi addominali.* Bruns Beitr. z. Klin. Chir., CXLI, 1927, 69.

KOLTSCHIN. *Stenosi traumatica intestinale ecc.* Ref.: Zentrbl. f. ges. Chir. u. Grenzgeb., 1913, 1575, e Journ. de Chir., 1913.

KRINGER. Inaug. Diss., Berlino, 1913.

KÜTTNER. *Lesioni tardive dell'intestino dopo contusioni addominali.* Ergeb. Chir. u. Orthop., 1930.

LEOTTA. *Le obliterazioni dei vasi mesenterici.* Policlinico, Sez. Chir., 1912, XIX, 11.

LEXER. *Lesioni addominali.* Berl. Klin. Woch, 1901, 1197.

LONGARD. 21° Congr. Chir. Basso Rheno, Düsseldorf. Ref. Deut. Med. Woch., 1906, 13.

MAIER. *Il quadro delle stenosi intestinali traumatiche.* Arch. f. Klin. Chir., CXXXII, 2, 1924.

MAROGNA. *Contributo allo studio dei segmenti intestinali ecc.* Policlinico, Sez. Chir., 15 dicembre 1922.

MOTY. *Studio sulle contusioni dell'addome.* Rev. de Chir., 1890, 878.

NEUGEBEAUER. *Retrazione mesenterica postraumatica.* Bruns Beitr. z. Klin. Chir., CXXXVII, 4, 1926; Zentrbl. f. Chir., 19, 1926.

NEUMANN. *Sui distacchi non acuti del mesentere ecc.* Beitr. z. Klin. Chir., XLIII, 676.

NUSSBAUM. *Le lesioni traumatiche dell'addome.* Deut. Chir., Lief. 44.

PALMA. *Disinserzione mesenterica ecc.* Ann. It. Chir., II, 8, 1923.

PARENSKI. *Ulcerazioni emboliche dell'intestino.* Wien. Med. Jahrb., 1876.

PETRI. *Lesioni sottocutanee ecc.* Bruns Beitr. Klin. Chir., XVI, 644.

PETRY. Cit. HENKE-LUBARSCH.

POGGI. *Rigenerazione della mucosa intestinale ecc.* Boll. Reale Acc. Med. di Roma, 1888, XIV, 8.

PONFICK. *Contributo casistico ecc.* Virch. Arch., L, 623.

PRUTZ. *Fenestrature mesenteriche congenite ecc* Deut. Zeitsch. f. Chir., LXXXVI, 399.

PRUTZ und MONNIER. *Le malattie chirurgiche e le lesioni traumatiche del mesentere ecc.* Deut. Chir., Lief., 46 K.

ROHDE. Congr. Soc. Chir. Tedesca, 1925; Ref. in Zentrbl. f. Chir., 1925, 1199.

ROST. *Fisiologia patologica per chirurghi.* Vogel, Lipsia, 1920.

SAALMANN. *Rottura isolata del mesentere.* Deut. Med. Woch., XL, 22, 1914.

SAUERBRUCH. *Rottura sottocutanea del tubo gastroenterico.* Mitt. Grenzgeb. Med. Chir., XII, 1903.

SCHLOFFER. *Stenosi postraumatica dell'intestino.* Mitteil. Grenzgeb. Med. Chir., VII, 1, 1900.

SCHULZ. *Stenosi intestinali ecc.* Deut. Zeitsch. f. Chir., III, 561.

SENCERT e FERRY. *Disinserzione mesenterica dell'intestino ecc.* Journ. de Chir., XVIII, 6, 1921.

SPILLMANN SENCERT. *Ematoma del mesentere ecc.* Ref. Zentrbl. f. Chir., 1904, 1479.

STERN. *Dell'origine traumatica delle affezioni interne.* Jena, 1900.
STOCKER DREYER. *Lesioni sottocutanee isolate ecc.* Schweiz. Med. Woch., 29 genn. 1920.
TANSINI. *Sull'isolamento dell'intestino ecc.* Arch. f. Klin. Chir., XXXIII.
VANNI. *Sull'ulcera dello stomaco d'origine traumatica.* Lo Sperimentale, luglio 1889.
VAUCE. *Lesioni intestinali da contusione addominale.* Arch. of Surg., VII, 1, 1923.
WILMS. *Ileo.* Deut. Chir. Lief. 46 g.
WREDE. *Lesioni intestinali extraperitoneali ecc.* Beitr. Klin. Chir., CXVI, 1919.
ZOEPFEL. *Distacco isolato ecc.* Deut. Zeitsch. f Chir., CLV, 5-6, 1920.

SUNTI E RASSEGNE.

SANGUE E ORGANI EMOPOIETICI.

Linfoadenosi benigne.

(H. WENDT. *Med. Klin.*, 44, 1931).

L'A. descrive il quadro delle angine decorrenti con reazione linfemica.

Le glandole linfatiche sono tumefatte, la milza è aumentata di volume; nel sangue si hanno leucocitosi più o meno accentuate, con netta prevalenza degli elementi a tipo linfocitario (sino al 90 %); di questi si distinguono linfociti grandi, linfociti piccoli e linfoblasti, riconoscibili per l'aumento del loro volume, il nucleo reniforme e vacuolato: il protoplasma di tutti i linfociti è intensamente basofilo: i monociti crescono anch'essi leggermente, e i polinucleati mostrano una deviazione verso sinistra: si ha non di rado una modica eosinofilia.

Piastrine e globuli rossi sono normali: manca ogni segno di diatesi emorragica.

La malattia si accompagna a febbri elevate che durano 5-10 giorni presentando forti remissioni: ma il turgore delle glandole e il tumore di milza restano ancora per qualche settimana dopo la scomparsa della febbre.

Il tipico quadro ematologico può non manifestarsi nei primi giorni della malattia, e compare di solito più accentuato quando più alta è la febbre.

Le glandole non vengono mai a suppurazione.

Tra le complicazioni più temibili, si ricorda l'ittero e le lesioni renali: non si tratta però di fenomeni frequenti non è stato mai osservato un passaggio di queste forme in leucemia.

Assai frequente ad osservarsi, invece, è una angina che talora ha tipo follicolare, talora simula la difterite. L'angina di Plaut-Vincent, ritenuta un tempo come fenomeno primitivo della malattia, e sua causa indispensabile, oggi viene interpretata piuttosto come una complicazione secondaria, per cui non è più giustificato parlare di « angina linfocitica ».

Nel far la diagnosi bisogna tener conto di tutte quelle malattie (morbillo, tosse convulsa, dengue, leishmaniosi, intossicazioni da Hg) che decorrono con linfocitosi notevoli (ma non oltre il 50 %); e della leucemia linfatica acuta che si accompagna però sempre ad anemia e manifestazioni emorragiche; importante è anche il colore del protoplasma che, nelle linfoadenosi benigne, assume una tonalità violetta intensa — quale non si osserva nelle forme leucemiche — a meno che non si tratti (evenienza assai rara!) di una leucemia da plasmacellule. Secondo Naegeli nella leucemia linfatica verrebbero a mancare le granulazioni azzurrofile del protoplasma: infine, anche nell'acme della malattia, lo stato generale dei pazienti con linfoadenosi benigna si conserva di solito soddisfacente, in netto contrasto con il deperimento grave che accompagna la leucemia linfatica.

La biopsia non dà elementi sicuri di giudizio, rivelando in questi casi uno stato di iperplasia diffusa, con aumento degli elementi cellulari della sostanza follicolare, infiammazione dei seni, rigonfiamento e accrescimento degli endoteli-eosinofili e plasmacellule che possono essere cresciuti di numero.

Il quadro della reazione linfatica diffusa, associata ad epato-splenomegalia e febbre, venne descritto da Pfeiffer nel 1889, e chiamata « febbre glandolare ».

Il concetto che si trattasse di una malattia a sè venne poi abbandonato, finchè le osservazioni di Türk e gli studii degli Americani non lo ebbero recentemente (1921) riportato in onore (« infectious mononucleose »).

Oggi, anche in Europa, si parla di una malattia a sè, dovuta ad un virus spiccatamente linfotropo.

A spiegare la caratteristica deviazione ematologica si è dapprima invocato lo stato costituzionale (status lymphaticus) del soggetto, e una particolare debilità del suo sistema linfatico; caduta questa ipotesi, si è pensato allora ad una debolezza del sistema granulocitico; ma anche questa è stata abbandonata, perchè non è affatto vero che la reazione linfatica debba intendersi come un fenomeno di compenso alla scarsa risposta granulocitica; quando i granulociti sono malati, si ha, puramente e semplicemente, un'agranulocitosi.

Invece si è visto che la « febbre glandolare » può comparire epidemicamente, è contagiosa, e si diffonde dal bambino all'adulto.

Per tutte queste ragioni bisogna concludere che si tratti realmente di una reazione linfatica, dovuta ad un virus linfotropo, sconosciuto. e rivelantesi con un caratteristico quadro ematologico.

Da questa va distinta l'angina monocitica, in cui non si hanno linfociti, ma monociti in eccesso: anche l'agente morboso della monocitosi è sconosciuto.

Grande rassomiglianza ha, con il quadro delle linfoadenosi descritte, la rosolia che decorre in modo assai simile (tranne l'esantema), e con un reperto ematologico quasi identico: del resto si conoscono forme di rosalia senza esantema e, viceversa, leggeri esantemi nelle febbri glandolari.

Anche la malattia delle zecche, osservata da Haberfeldt, nel 1914, nel Brasile, ha un quadro clinico ed ematologico e un decorso, assai simili a quelli della febbre glandolare.

Infine si ricordi che molte altre infezioni (pertosse!) possono dare simili complessi morbosi ma, in genere, non si raggiunge mai, nel sangue, l'intensità di reazione linfatica che abbiamo descritto nelle prime 3 malattie.

V. SERRA.

Alcuni problemi di immunità nella leucemia.

(W. C. HUEPER e M. RUSSELL. *Arch. inter. Méd.*, gennaio 1932).

Partendo dalle osservazioni di Carrel e Ebeling che dimostrarono una attività antiproliferativa rispetto allo sviluppo dei granulociti e dei linfociti nelle culture in vitro da parte del siero omologo, gli AA. pensarono che nella leucemia venisse ad essere deficiente questa particolare attività esplicata dal siero e che in tal modo pertanto si potesse almeno in parte spiegare la sfrenata moltiplicazione di elementi ematici granulocitici e linfocitici ed il loro successivo riversarsi nel circolo.

Furono istituite al riguardo ricerche sperimentali su culture in vitro di tessuti studiando l'influenza esplicata nel senso detto da parte di sieri normali o di leucemici su elementi del sangue normale o leucemico.

Le conclusioni cui giungono gli autori sono fondatamente contrarie al presupposto teorico da cui erano partiti, avendo dette ricerche dimostrato che le proprietà antiproliferative del siero di sangue leucemico non sono affatto diminuite, anzi, se mai leggermente aumentate rispetto a quelle possedute dal siero normale. Gli AA. tuttavia, hanno potuto giungere ad altri interessanti risultati anche se apparentemente di non chiara interpretazione: risultò così che il plasma leucemico inibisce la emigrazione e lo sviluppo periferico di una cultura di leucociti del sangue; e che particolarmente i sieri antileucocitici ottenuti mediante trattamento endovenoso di leucociti leucemici nel coniglio, esplicano azione antiproliferativa e antiemigrativa di fronte a leucociti normali e leucemici in culture in vitro. Il metodo delle culture in vitro si presta inoltre ad un esatto dosaggio di tali proprietà di questi sieri così preparati che devono essere presi in considerazione anche dal punto di vista pratico per l'azione curativa che, almeno in alcuni casi, è risultato possono esplicare.

CH.

Ricerche anatomo-cliniche sull'ittero emolitico costituzionale famigliare.

(F. BAMATTER. *Le Sang*, t. VI, n. 1, 1932).

Se molte sono le osservazioni cliniche sull'i. e. cost., poche al contrario sono le ricerche anatomo-patologiche praticate su casi della stessa malattia, puri, venuti a morte. Dal caso pubblicato nel 1900 dal Minkowski, corredato da autopsia, in cui per la prima volta l'entità clinica della malattia venne definita nelle sue linee fondamentali, fino ad oggi i casi puri, corredati da reperto autopsico, non raggiungono la mezza dozzina. Vero è che l'introduzione della splenectomia nella terapia dell'ittero emolitico per opera del Banti ha permesso, in seguito, l'esame anatomo-patologico di questo organo su più larga scala: donde il concetto delle splenoemolisi e le discussioni dottrinali, che ancora sussistono, fra i sostenitori di una teoria splenica dell'affezione e i sostenitori di una teoria sanguigna, avente per base, a spiegare la fragilità globulare, l'ipotesi di una malformazione congenita ed ereditaria delle emazie, caratterizzate dal loro piccolo diametro, dalla loro forma globosa (microciti) e dalla loro ricchezza relativa in emoglobina; ma, appunto per la complessità del problema patogenetico non ancora pienamente risolto, ricerche anatomo-patologiche su altri organi dell'economia in tale malattia sono quanto mai opportune e, per la loro rarità, preziose.

L'A. riferisce dettagliatamente, dal punto di vista clinico e anatomo-patologico, un caso d'ittero emolitico congenito ereditario, appartenente a una famiglia in cui, su cinque generazioni, comprendenti 36 membri, esistevano 9 casi di ittero, di cui 4 clinicamente identificati come ittero emolitico congenito ereditario, trasmettendosi la forma morbosa quale carattere dominante indipendentemente dal sesso.

I dati anamnestici (ittero congenito, debolezza costituzionale, vomiti biliari periodici, coliche biliari con eliminazione constatata di calcoli, orine in genere cariche, del colore del rhum, feci abitualmente molto scure, dimagrimento, edemi, astenia), l'esame obbiettivo (ittero, splenomegalia, epatomegalia, segni di antica colecistite), le ricerche collaterali (anemia di tipo ipercromico — V. gl. 1,17 —; presenza di emazie granulose, 10 %; anisocitosi, poichilocitosi, policromatofilia; emazie con granulazioni basofile, con residui nucleari; piastrine 125.000; resistenza globulare sul sangue in toto: inizio 6 ‰, completa a 3‰, sulle emazie deplasmatizzate 6 ‰ - 2,8 ‰; pigmenti biliari nel siero (V. d. B.) 3 %; colesterina 1,13 ‰; R. W. neg.; urobilinuria) giustificano la diagnosi d'ittero emolitico congenito familiare. Il paziente, mentre era in osservazione dell'A., viene a morte (anni 56) at-

traverso ematemesi e melena e progressiva insufficienza cardiaca.

Viene praticato un esame anatomo-patologico completo. Da questo risulta riassuntivamente: ittero, splenomegalia (gr. 1820) con perisplenite adesiva, tumefazione dei gangli retroperitoneali di colore rosso carico. Masse di colore rosso carico retro-pleuriche, probabilmente di natura gangliare; midollo osseo di colore rosso carico (aspetto di gelatina di lampone) ovunque nel femore e nella tibia; antica colecistite con atrofia della vescichetta biliare; pleurite antica bilaterale con obliterazione delle cavità; antica adesione pericardica; episodio recente di pericardite siero-fibrinosa; dilatazione e ipertrofia dei ventricoli; polipo del laringe; due piccoli noduli sulla mucosa dell'intestino tenue.

L'esame microscopico dei singoli organi diede: *midollo osseo*: segni di esagerata eritropoiesi, numerosissimi globuli rossi nucleati con nucleo eccentrico in carioressi e in cariocinesi (60 % degli elementi nucleati del midollo), aumento dei mielociti e dei polinucleati eosinifoli, diminuzione dei megacariociti; grande quantità di emosiderina extra, ma soprattutto intra-cellulare; numerose cellule globulifere.

Milza: la polpa occupa la maggior parte del tessuto splenico, essa è uniformemente infarcita di emazie che non danno a vedere modificazioni morfologiche o tintoriali notevoli. I seni sono collabiti, sinuosi, resi nettamente visibili dal loro epitelio, che, facendo prominenza nei lumi vuoti, sembra un po' più alto del solito.

Questa descrizione corrisponde al quadro, quasi patognomonico, della « congestione dei cordoni di Billroth con anemia dei seni ». I follicoli appaiono per lo più di grandezza solita, il sistema reticolare della polpa fine; abbondante pigmento ferrugginoso, soprattutto localizzato al bordo dei seni e vicino alle trabecole e ai follicoli o in piena polpa (quantitativamente ferro in toto nella milza gr. 3,976); assenza di cellule globulifere. Presenza di noduli sidero-fibrosi-pigmentarii (noduli di Gamna-Gandy), in cui il pigmento ferruginoso si trova sotto forma di emosiderina e fosfato di ferro, raggruppato a formare catenelle segmentate o piccoli cespugli che danno, nelle sezioni trattate col metodo di Turnbull, l'immagine degli « champignons fantômes » (incrostazioni ferruginose, risultato di piccole emorragie che danno luogo a una proliferazione periarteriosa di tessuto connettivo).

Fegato: pigmento ferruginoso immagazzinato nelle cellule degli spazi di Kiernan e nelle cellule di Kupffer, spesso voluminose, meno nel parenchima e in questo localizzato specialmente attorno all'asse delle travate epatiche (quantitativamente in un fegato del peso di gr.2020, gr. 2,247 di ferro); presenza di piccoli focolai linfocitari nel tessuto periportale e lievi ispessimenti del tessuto connettivo attorno ai canalicoli biliari.

Reni: pigmento ferruginoso in piccola quantità nelle cellule epiteliali del tratto discendente delle anse di Henle, nell'epitelio dei tubuli contorti e in quello di un'ansa glomerulare; nessun'altra modificazione patologica.

Scarso pigmento ferruginoso nei polmoni e nelle surrenali.

Oltre a questi reperti, che trovano riscontro in altri già descritti nella letteratura in casi simili, l'A. espone alla fine del suo lavoro delle constatazioni anatomo-patologiche che sono peculiari del caso da lui studiato e che meritano d'esser riferite.

1) Un certo grado di oxicefalia, conseguente verosimilmente a una sinostosi prematura della sutura coronaria, oxicefalia che, a lato di altre anomalie, quali la strettezza dei mascellari, il prognatismo o il micrognatismo o la prodenzia, caratterizza spesso gli individui affetti da ittero emolitico; una asimmetria pronunciata della calotta cranica; l'assenza completa della sutura coronaria destra.

2) Un proliferazione del periostio a livello dell'osso frontale, invadente in alcuni punti per 4/5 lo spessore dell'osso e richiamante l'immagine di una fibrosi all'inizio.

3) Un carcinoide situato nella parte superiore dell'ileo, che l'A. pone fra i numerosi segni di degenerazione noti in quest'affezione costituzionale.

4) Segni manifesti di una attività mielopoietica dei gangli linfatici retroperitoneali della radice mesenterica (segni di eritrofagia e presenza di focolai ematopoietici multipli), quale fenomeno di compenso procedente di pari passo con la forte distruzione globulare.

5) L'esistenza di masse tumorali extra-midollari, aventi sede al di sotto della pleura lungo la colonna toracica, di colore rosso carico, di consistenza piuttosto molle, midollare, rivestite a tratti da una sottile capsula, aventi struttura macroscopica paragonabile a quella del midollo, caratterizzate istologicamente dall'eritrofagia, dall'abbondanza del pigmento sanguigno, dalla presenza di un reticolo finissimo con cellule reticolari spesso tumefatte, cariche di emosiderina, alcune globulifere, dalla ricchezza in elementi cellulari del sistema eritro- e mielo-poietico, cui s'aggiungono in alcuni settori focolai ora arrotondati ora allungati e biforcati di cellule piuttosto piccole a carattere linfocitario, che danno alla formazione l'apparenza di una struttura organoide. Tumori mieloidi prevertebrali che, e per l'analogia topografica e per l'analogia morfologica, l'A. crede di porre nella stessa categoria dei « mielomi » prevertebrali osservati dal Werthemann e dei nodi « linfosarcomatosi » a evoluzione lenta descritti dal Guizzetti, rispettivamente in un caso di ittero emolitico,

e dei nodi mieloidi extra-midollari eterotopi sottopleurici osservati dal Plonskier in una donna affetta da un carcinoma della piccola curvatura e dal Salleby in una donna morta a 81 anni di arteriosclerosi generalizzata. Focolai mieloidi eterotopi prevertebrali che l'A., seguendo Plonskier, propende a interpretare, fra le varie ipotesi a tal proposito emesse, come aventi origine verosimilmente dai gangli linfatici scaglionati lungo la colonna vertebrale al di sotto della pleura e aventi acquistato una funzione mielopoietica, quasi di supplenza, in certe malattie nelle quali l'iperattività intramidollare è divenuta insufficiente.

Concludendo il suo studio, l'A. afferma che è la alterazione del midollo osseo quella che figura in primo piano nel quadro anatomo-patologico della malattia, che si tratta di una malattia primaria, costituzionale del midollo osseo, in particolare del globulo rosso, che la splenomegalia non è che un epifenomeno, corrispondente a una « ipersplenia relativa » conseguente alla produzione di emazie anormali nel midollo osseo. Alla perdita di globuli rossi, forse alla esagerata funzione eritroclasica della milza, il midollo osseo cerca di fare equilibrio aumentando considerevolmente la sua attività e questo sforzo si manifesta anche nella comparsa di formazioni mieloidi prevertebrali e di focolai mielopoietici nei gangli linfatici retroperitoneali, quali sono stati descritti, mentre non fu trovata nel caso in questione nè nella milza nè nel fegato nessuna traccia di formazioni mielopoietiche, sebbene questi siano gli organi in cui con predilezione si vede ricomparire la funzione emopoietica in certe malattie del sangue come nell'anemia mielogena (per es. cancro dello scheletro), e nei quali la maggior quantità di ferro in simili casi si trova e più attivo il processo di distruzione delle emazie.

Il lavoro attinge largamente alla letteratura apparsa fino ad oggi sull'argomento ed è corredato da una ricca bibliografia.

P. MOLINARI TOSATTI.

ORGANI DI MOVIMENTO.

La periostosi inguainante acromelica.

(M. C. LASSERRE. *Journal de Médecine de Bordeaux*, 10 marzo 1932).

Con questo nome, con cui si indica la lesione dominante, l'A. vuol definire l'osteo-artropatia ipertrofizzante pneumica di P. Marie, vale a dire quell'affezione caratterizzata dall'iperostosi simmetrica dei quattro arti, specialmente localizzata alle falangi ed alle epifisi distali delle ossa dell'avambraccio e della gamba, talora estesa alla radice degli arti e alle ossa piatte del tronco, accompagnantesi ad una cifosi dorsale inferiore e lombare e ad una certa partecipazione delle articolazioni. Di detta sindrome clinica l'A. fa un interessante studio anatomo radiografico, riportando la descrizione dei casi pubblicati dai vari autori nonchè un certo numero di osservazioni personali.

La periostosi inguainante delle estremità è abitualmente una malattia dell'adulto e più specialmente del sesso maschile.

1) sopravviene il più sovente in corso di malattie polmonari e non tanto acute quanto (bronchiectasie, pleuriti purulente prolungate, bronchiti croniche, tubercolosi polmonare e più raramente, cancrene, epiteliomi, cisti idatidee del polmone, tumori del mediastino);

2) vi sono dei casi in cui la lesione determinante sembra localizzata nel distretto portale (affezioni biliari, cirrosi biliari); ma sembra che si tratti più di dita ippocratiche, con interessamento delle parti molli ma senza lesioni ossee, che della vera malattia di P. Marie;

3) in altri casi riconoscerebbe per causa una cianosi congenita per malformazione cardiaca;

4) un tumore periferico, un focolaio d'infezione possono rappresentare l'origine di detta malattia, sopra tutto quando vi è un ostacolo marcato all'ematosi. A questo proposito l'A. descrive due casi di malati di morbo di Pott uno di Sorrel, Sorrel-Dejérine e Viel, ed uno personale;

5) alcuni casi di aneurisma dell'aorta toracica e dei suoi rami sembrano in rapporto con le deformazioni ossee;

6) infine come esempio di cause associate l'A. riporta un caso di Debré e Vogt di una ragazza affetta da epatomegalia e da una sindrome basedovoide.

Vi sono inoltre dei casi in cui l'etiologia resta sconosciuta, ma nella grande maggioranza delle osservazioni la sindrome si sviluppa successivamente a tossinfezioni subacute o croniche. L'origine polmonare è spesso incontestabile e bisogna guardarsi da casi di tubercolosi fibrosa, decorrenti inosservati, ma capaci di provocare simili lesioni.

Circa la patogenesi bisogna riconoscere che non ci sono osteopatie in cui si possano invocare in modo più dimostrativo le influenze vasomotorie. Già che una parte delle lesioni, i processi di rarefazione centrale, più particolarmente epifisaria, quelli della sovrapposizione periferica inguainante, i disordini nella deposizione del calcio, si possono attribuire ad una vascolarizzazione anormale, a una stasi venosa. Ma tutto questo non basta per spiegare la produzione di osso nuovo, che, in detta forma, a differenza delle semplici dita ippocratiche, si verifica. E per questo l'A. invoca, come indispensabile, l'apporto di tossine metaboliche, tumorali, microbiche e forse di forme microbiche speciali filtranti, che localizzandosi nel luogo segnato dai disordini vascolari completerebbero il quadro anatomico.

In quanto alla sintomatologia si constata

dai numerosi quadri raccolti che i fenomeni dolorosi sono molto frequentemente segnalati sia nettamente articolari, sia periarticolari, talora folgoranti, generalmente reumatoidi, presentantisi a poussées e coincidenti spesso con fenomeni infiammatori (edema, impastamento, impotenza funzionale).

Ma sono sovrattutto le deformazioni e gli ingrossamenti a carico delle estremità che costituiscono la lesione dominante del periodo di stato. Le mani sono enormi ma soprattutto colpiscono, a differenza di quanto si trova nell'acromegalia, per la loro deformità. Le dita sono un po' allungate ma principalmente molto larghe, hanno un aspetto a bacchetta di tamburo per il rigonfiamento della falangetta che ha tendenza a porsi in iperestensione. L'unghia è larga e ricurva a becco di pappagallo, striata e facile a spezzarsi. La regione carpo metacarpica appare indenne se si eccettua una modica ipertrofia delle teste dei metacarpi. Il polso è notevolmente ingrossato in ogni senso e manifestamente deforme sì da dare a prima vista l'impressione di un'artrite deformante.

L'aspetto dei piedi è analogo a quello delle mani: le stesse alterazioni a carico delle dita. E, mentre la regione tarso metatarsica appare poco colpita, la regione malleolare si presenta enorme, a zampa di elefante.

In questi aumenti di volume la parte dominante è da attribuirsi all'osso. Tuttavia anche le parti molli presentano qualche disturbo trofico: ictiosi, pigmentazioni, eczema, edema cronico.

L'ipertrofia ossea, abitualmente localizzata alle suddette regioni, colpisce talora anche altre ossa ma in una maniera molto manifesta. Così le diafisi delle ossa lunghe, ma sopra tutto del radio e dell'ulna, della tibia e del perone, le ossa del bacino, le clavicole, lo sterno, le coste possono essere prese dal processo. Le lesioni vertebrali si manifestano clinicamente con una cifosi tardiva, invariabilmente dorsale inferiore e lombare. Per una malleabilità eccessiva il torace può apparire deformato alle basi. Le ossa del cranio e della faccia non si presentano almeno clinicamente colpite. Indipendentemente dalle lesioni ossee esistono anche reazioni articolari localizzate sopra tutto al polso e ai malleoli manifestantesi con dolori e limitazioni funzionali.

In quanto agli altri apparati non si nota nulla di caratteristico. Solo l'esame dell'apparato respiratorio può dare risultati dimostrativi per l'origine dell'affezione.

Circa il decorso si ha un'evoluzione lentamente progressiva e procedente per poussées con periodi intervallari di calma. Eccezionale la regressione. Il prognostico è principalmente legato all'affezione iniziale, sia di natura infettiva, sia di origine polmonare. Come complicazione piuttosto rara la produzione di fratture spontanee.

L'A. viene quindi a considerare il problema anatomo-radiografico dell'affezione in parola. Lo studio radiologico può essere il solo a dare dei dati importanti nei casi in cui non sono palesi alterazioni grossolane e l'affezione è funzionalmente latente, non accompagnandosi nè a dolori nè a limitazione dei movimenti. La radiografia infatti dimostra due serie di lesioni: 1) la formazione di un manicotto semi opaco, a limiti indistinti, irregolari, osteoperiostico, circondante, spesso con l'intermezzo di un sottile straterello chiaro, la diafisi ma anche le epifisi delle ossa delle estremità, escluse le ossa del carpo, del tarso e le falangette: detta guina osteoperiostica è la caratteristica radiologica della malattia di Marie; 2) l'estrema rarefazione del tessuto osseo diffusa a tutto lo scheletro, ma sopratutto accentuata alle falangette. Così, fa notare l'A., una volta di più i processi di osteite rarefacente e di ipertrofia ossea sovrapposti, localizzati in apparenza, sono radiograficamente rivelabili in un'estensione più importante dello scheletro, se non anatomicamente quasi generalizzati.

I documenti anatomici non sono molto numerosi. Ma anch'essi rivelano l'aumento di volume delle estremità ossee, la presenza sulla superficie di neoformazioni ossee, irregolari, sporgenti, formanti spesso come una guaina attorno all'osso primitivo, con quelle localizzazioni di scelta già altrove notate. Su di una sezione si vede bene che si tratta di una periostosi: al di sotto del periostio, al di sopra dell'osso normale, coi suoi sistemi haversiani situati longitudinalmente, è disposto uno strato di osso nuovo a sistemi haversiani perpendicolari ai precedenti. In opposizione a questa periostosi si può trovare profondamente una osteite rarefacente con canale midollare allargato. Le modificazioni articolari sono frequenti ma variabili. A carico delle superfici articolari che sono per lo più indenni sono state notate semplici rugosità, ma anche erosioni simmetriche con sinovite evidente. Maggiormente notato è stato uno sviluppo anormale per abbondanza del tessuto grassoso peri-articolare. Alcuni autori hanno anche constatato un leggero grado d'artrite deformante. L'esame istologico dimostra nello strato osseo peridiafisario un processo di neoformazione periferica, dovuto ad una moltiplicazione osteoblastica, ed una calcificazione progressiva delle sostanze fibrillari, interfibrillari ed intercellulari. Al di sotto si constata un riassorbimento osteoelastico riguardante verso la periferia l'osso nuovo e verso il centro l'osso antico.

È innegabile, conclude l'A., che questa sindrome si sviluppi consecutivamente, a tossi-infezioni subacute e croniche. Le influenze vasomotrici creano un terreno favorevole, ma la produzione di osso nuovo esige delle condizioni indispensabili ma del resto eccezionali come l'intervento di tossine metaboliche, tumorali, microbiche. RUBEGNI.

L'osteosintesi con infibulazione intracorticale.

(Just. *Zentrbl. f. Chir.*, n. 40, 1931).

Secondo l'A. i disturbi del processo di guarigione di una frattura trattata con osteosintesi sono dovuti alla grandezza, al peso e alla composizione chimica del corpo estraneo adoperato.

L'infibulazione intramidollare procura una buona contenzione ma danneggia inevitabilmente il midollo ed esclude la formazione del callo endostale provocando un ritardo della consolidazione.

L'infibulazione intracorticale evita tale inconveniente. Il metodo consiste nel mantenere i frammenti in buona posizione mediante uno o due fili metallici posti nello spessore della corticale secondo l'asse longitudinale dell'osso. Posti i frammenti in buona posizione si fanno con lo scalpello due segni: uno sopra e uno sotto la rima di frattura e in corrispondenza di questi si pratica col trapano un foro nello spessore della corticale per la profondità di uno o più centimetri. La larghezza dei fori deve essere proporzionata allo spessore dell'osso in modo che da tutte le parti rimanga intorno ai fori un sufficiente strato di sostanza compatta. Il filo metallico, di adatta lunghezza, si infila prima nel frammento meno mobile la cui superficie così armata viene adattata alla superficie dell'altro frammento introducendo lo estremo del filo metallico nel foro corrispondente. Apparecchio gessato.

Questo metodo ha il vantaggio di adoperare un corpo estraneo assai piccolo che, per la sua posizione intracorticale, non danneggia nè il callo endostale nè quello periostale.

In 5 casi — di cui tre complicati — così trattati dall'A. i risultati sono stati soddisfacenti.

G. Pacetto.

Miosite ossificante progressiva.

(W. F. Mair. *Edimburgh Medic. Journ.*, gennaio 1932).

La miosite ossificante progressiva è una malattia dell'apparato locomotorio del bambino; essa interessa muscoli, tendini, legamenti, fasce ed aponeurosi nei quali compaiono zone di calcificazione ed è caratterizzata da esacerbazioni acute fra le quali ci sono periodi di quiescenza.

Il nome di miosite ossificante non è proprio; bisognerebbe cambiarlo con quello di fibrosite ossificante.

È una malattia rara; ne sono stati descritti circa 70 casi. Pare abbia una speciale predilezione per la razza anglosassone, è più frequente nei maschi. La malattia ha inizio per lo più nella prima infanzia, ma in qualche caso era presente già alla nascita e in qualche altro la malattia ha avuto inizio nell'età adulta.

Nell'etiologia il fattore ereditario è importante perchè la malattia si riscontra spesso fra i genitori. Alcuni dànno importanza all'esistenza di reumatismo nei genitori, altri a disturbi nervosi (epilessia, imbecillità). Si dà grande valore al trauma, sia esso rappresentato dal trauma della nascita o posteriore. Sono state incriminate numerose malattie infettive del bambino (vaiolo, difterite, scarlattina) o della madre (tifo).

Clinicamente la malattia si presenta con tumefazioni varie, asimmetriche o simmetriche, di consistenza varia (dura, o anche fluttuante). Queste tumefazioni possono scomparire; sono ricoperte da cute non aderente, ma possono anche ulcerarsi. Per la sede, muscoli che non furono mai colpiti sono il cuore, il diaframma, la lingua, i muscoli laringei e gli sfinteri. Sede di inizio più frequente è il collo, poi il capo. Frequente è l'inizio allo sternocleidomastoideo, da un lato solo o da tutt'e due. Fu vista iniziare la malattia anche all'articolazione temporomandibolare, alla regione lombare, davanti o dietro l'orecchio. Raramente sono colpiti gli arti inferiori, come pure gli intercostali e i masseteri. Spesso sono colpiti i muscoli addominali.

È frequente l'associazione di alterazioni congenite a carico delle dita.

La temperatura del malato è lievemente febbrile, nei periodi di riacutizzazione, ma non sempre. La malattia non provoca dolori e solo raramente danneggia sensibilmente lo stato generale. Le complicazioni dipendono o dalla notevole massa calcificata o da infezione. Se sono colpiti i muscoli respiratori è frequente la dispnea; in questi casi complicazioni facili a verificarsi sono la polmonite acuta e la tubercolosi polmonare.

Due casi descrive dettagliatamente l'A. Uno è terminato colla morte, ma non fu possibile praticare l'autopsia.

R. Lusena.

L'ATTUALITÀ TERAPEUTICA

Nuovi rimedi sintetici ad azione antimalarica: l'atebrina.

I chimici Mietzsch e Mauss ampliando e sviluppando le ricerche che avevano portato alla formazione della plasmochina, hanno oggi ottenuto per via sintetica un nuovo prodotto, l'atebrina: si tratta di un derivato acridinico, una polvere gialla che si liquefà a 245-255° e si scioglie in acqua a 40°, alla soluzione del 7 %, dando una reazione alcalina.

Kikuth (*Deut. Med. Woch.*, 14, 1932) ha potuto stabilire che l'atebrina è un rimedio specifico degli schizonti e si distingue perciò dalla plasmochina che è il rimedio dei gameti.

L'uso combinato dell'atebrina e della plasmochina tronca definitivamente febbre e recidiva: l'esperienza fattane all'Istituto di Amburgo e in zone tropicali, lo conferma.

Di fronte alla malaria inoculata nei paralitici e che rappresenta (Sioli, *ibidem*) un mezzo sicuro per saggiare l'efficacia dei rimedi antimalarici, l'atebrina si è dimostrata attivissima e particolarmente efficace nell'impedire le recidive.

La posologia indica dosi singole di g. 0,2 da ripetersi 2-3 volte al dì per più giorni: dosi più alte possono dare disturbi a carico dell'apparato digerente.

Nel campo dell'infezione spontanea Peter (*ibidem*) ha osservato una pronta azione dell'atebrina nella terzana benigna e nelle forme giovani (anelli) della maligna: i gameti della III benigna cedono, quelli della maligna invece resistono all'atebrina.

Mühlens (*Münch. Med. Woch*, 14, 1932) afferma che l'atebrina è ben tollerata fino alla dose totale di gr. 4,8, mette in guardia contro la colorazione gialla della cute, che deve attribuirsi all'azione dell'acridina, e non ad una lesione del fegato, giacchè scompare 2-3 settimane dopo: l'atebrina è ben tollerata nelle forme d'idiosincrasia e nelle emoglobinurie chininiche; la cura combinata con atebrina e plasmochina appare la più efficace e raccomandabile.

V. SERRA.

Una relazione su 50 casi di malaria curati coll'atebrina.

Questa relazione fu fatta da R. Green (*The Lancet*, 6 aprile 1932). L'atebrina era prima chiamata erion. È un prodotto sintetico, chimicamente molto vicino alla plasmochina. È confezionata in pastiglie che contengono ognuna 10 centigr. della sostanza; si usa a dosi di 1/6 delle dosi di chinina.

L'A. ha somministrato atebrina per una settimana in 50 malarici facendo contemporaneamente un controllo con 46 malarici curati col chinino. Nei riguardi dell'azione parassiticida l'atebrina si è comportata press'a poco come la chinina nella terzana benigna e nella quartana, mentre nella maligna si è avuta persistenza maggiore di parassiti nel sangue dei malati curati con atebrina. L'atebrina ha avuto efficacia di poco inferiore alla chinina nei riguardi della durata della febbre. Le recidive a breve scadenza sono state più frequenti coll'uso della chinina che con quelle dell'atebrina.

Nei riguardi dei gametociti chinina e atebrina si sono comportate ugualmente cioè ci fu scomparsa completa dei gametociti della quartana, scomparsa in quantità scarsa di quelli della terzana benigna, nessuna modificazione nei gametociti della maligna. L'atebrina non modifica, come la plasmochina, l'ulteriore sviluppo del gametocito nella zanzara.

Dei 50 malati curati con atebrina, 2 si lamentarono di cefalea e di dolori addominali senza vomito. In 7 casi ci fu colorazione gialla della cute e delle sclere dovuta non a ittero ma all'azione colorante del medicamento; questa colorazione comparve per lo più il giorno seguente la cessazione della cura e persistette per 8-15 giorni. L'atebrina non ha dato albuminuria; in due casi di quartana l'albuminuria scomparve durante la cura di atebrina.

Questa sostanza si elimina per le urine.

La dose di atebrina da usarsi è di 10 centigr. per 15 Kg. di peso corporeo al giorno, per 6-7 giorni. La cura dev'essere preceduta da un purgante. La quantità di atebrina che si riscontra nelle urine indica quando c'è accumulo del medicamento e quindi preannunzia la comparsa del colore giallo della cute.

L'atebrina si comporta come la chinina nei riguardi della quantità di emoglobina del sangue e nei riguardi del peso dei malati e del volume della milza.

R. LUSENA.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA.

U. ARCANGELI. *Scritti medici scelti.* Raccolti e stampati per cura di un Comitato d'onore. Vol. di pagg. XVI-292. Prezzo L. 50.

Riportiamo la Prefazione che per la raccolta di questi Scritti del prof. Arcangeli si è compiaciuto scrivere il prof. Sen. R. Bastianelli:

« I pensieri fondamentali contenuti in questi scritti e in altri qui non pubblicati erano « a me noti per averli sentiti esporre dalla « voce dell'Autore in Società scientifiche, e in « conferenze, e per averli almeno in parte letti « mano mano che furono pubblicati.

« Rileggendoli oggi mi tornano alla memo- « ria gli anni assai lontani nei quali furono « pensati e le conversazioni e discussioni col « prof. Arcangeli, guidate sempre da un'idea « chiara e originale come chiara e originale è « quella che domina in ognuno dei suoi scrit- « ti. Ma non è solo questo ricordo sentimen- « tale che rievoca la sua e la mia giovinezza, « e il nostro cammino attraverso lo studio dei « malati e la professione, e soprattutto rievoca « coloro che ci furono cari e stimati maestri « e compagni, in un'epoca lontana nella qua- « le l'entusiasmo per il lavoro era la base del- « la nostra amicizia immutata fino ad oggi. « È veramente l'impressione che son certo « proveranno i lettori, di trovarsi dinanzi ad « una mente geniale che vede in modo chia- « ro il nodo di una questione, getta sui fat- « ti la luce che li illumina tutti insieme e li « spiega e li raggruppa dominandoli con un « pensiero fondamentale preciso.

« Chi legge lo scritto sulla clorosi resterà « colpito dalla visione perfetta del problema « patogenetico quale lo ha risolto Arcangeli. « Oggi la dottrina della secrezione ovarica ha « avuto uno sviluppo tale che lo studioso di « questi giorni non potrà neppure imaginare « come 35 anni fa un giovane medico potesse « giungere a conclusioni così precise per sua « pura intuizione, non vagamente ipotetica ma « inspirata da un esame razionale dei fatti. Chi « getta un'ipotesi qualsiasi quale spiegazione « di un fatto morboso potrà anche precorrere « i tempi talora, ma non servirà mai a susci- « tare lavori e pensieri se la sua ipotesi non « è basata su fatti. Arcangeli non ha mai lan- « ciato vaghe teorie destinate a restare sterili: « ha osservato, veduto i fatti e ha saputo in- « spirarsi da essi.

« Il suo stile è di precisione e di semplicità « e chi conosce l'uomo e il medico lo rivede « negli scritti. In questi egli non è retore, co- « me al letto del malato non è mai un fanta- « sioso ragionatore vagante sulle infide onde « di una logica senza sicure premesse. Egli « vede e parla e illumina la diagnosi colla pa- « rola come negli scritti illumina i fatti con « una sintesi e con una teoria.

« La genesi della cianosi nei vizi congeniti « di cuore e nelle altre malattie cardio pol- « monari è stata da lui illustrata e studiata con « tenacia in vari scritti per 24 anni e le ri- « cerche successive di fisiopatologia sono d'ac- « cordo colla sua dottrina. Il lettore troverà « nei tre scritti qui scelti un materiale di os- « servazione fecondo d'inspirazione e d'istru- « zione, e ancora dovrà ammirare la chiara « percezione dell'Autore in un argomento così « difficile.

« I chirurghi saranno specialmente interes- « sati nello scritto « Perchè la laparatomia « guarisce la peritonite tubercolare », che data « dal 1899, epoca nella quale si credè che la « laparatomia dovesse essere il tocca e sana « della tubercolosi peritoneale. Se oggi la cura « chirurgica è limitata solo ai casi nei quali si « può trovare e rimuovere la causa della pe- « ritonite senza mutilazioni e rischi, ciò non « vuol dire nulla contro l'interpretazione di « Arcangeli. I chirurghi e i medici non tanto « hanno perduto fede nella guaribilità della tu- « bercolosi peritoneale colla laparatomia quan- « to ne hanno acquistata una maggiore nella « cura medica. Arcangeli colla sua dottrina, « come portò allora sussidio d'interpretazione « all'opera chirurgica, può oggi essere richia- « mato come autore di una dottrina di gua- « rigione biologica della tubercolosi di valore « generale, sia la cura medica o chirurgica, « poichè si tratta sempre di un fatto curativo « che ha origine da reazione dell'organismo di « fronte all'agente patogeno.

« Altri scritti qui riprodotti riveleranno al « lettore vedute originali teoriche e patogene- « tiche: ma si resterà altrettanto colpiti dalle « vedute terapeutiche dell'Autore e dal suo spi- « rito di clinico che interpreta e cura.

« Ad alcuni medici conoscitori profondi di « anatomia patologica e di fisio-patologia, e « guidati da mente clinica superiore, è la dia- « gnosi e lo studio scientifico che desta il « massimo interesse. Ad Arcangeli, medico « pratico, questo studio dottrinale suggerisce « una cura. E per questo suo modo di pen- « sare terapeutico egli è vicino ai chirurghi: « decisione pronta, cui segue azione imme- « diata, mezzi energici, energicamente som- « ministrati, pesando vantaggi e rischi colla « mira della guarigione causale, non colla « blanda terapia sintomatica. Molto c'è d'ap- « prendere da lui sulla terapia. Ma chi non « ha avuto la fortuna di averlo compagno « di ansie e speranze al letto del malato non « potrà mai conoscere a fondo la virtù te- « rapeutica del nostro caro collega, inspira- « tore spesso al chirurgo di audacie e tentativi « che potrebbero ad altri sembrare disperati.

« E forse per questa sua « parentela d'ele- « zione chirurgica » che fece di Arcangeli non « solo un amico ma un consigliere a me e a

« tanti prezioso, che io devo l'onore di essere « stato scelto a scrivere questa prefazione nel- « la quale son certo le parole non furono det- « tate solo dall'affetto che ci congiunge da « anni, ma dall'esame ripetuto e accurato dei « lavori stessi che renderanno, sicuramente, « più apprezzato il nostro collega. Egli mode- « sto e sereno non ha mai strombazzato vane « parole, nè ha cercato rivendicazioni, onori o « posizioni anche quando le sue dottrine si la- « sciavano dimenticate in Italia e fuori e il « suo grande merito clinico passava inosserva- « to alla Scienza ufficiale ».

Roma, Aprile 1932-X.

RAFFAELE BASTIANELLI.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

W. KNOTE, *Die Dickdarmschleimhaut, ihre normale und pathologische Funktion im Röntgenbilde.* Ed. Thieme, Lipsia, 1932.

L'A. che è discepolo del Berg, seguendo gli stessi criterii adottati dal maestro per lo studio radiologico della funzionalità dello stomaco e del duodeno, cioè l'importanza di mettere in evidenza con tecnica appropriata il gioco delle pieghe e dei rilievi della mucosa, ci dà in questo libro uno studio accurato della mucosa del colon in condizioni normali e patologiche.

La tecnica, per i cui dettagli rinviamo al lavoro del Knote, consiste nella somministrazione di un clisma opaco di particolare consistenza ed aderenza, permodocchè dopo evacuato il clisma con i residui restino disegnati in tutti i dettagli le pieghe ed i rilievi della mucosa, ottenendo così delle immagini che meglio delle altre ottenute con la solita tecnica sono in grado di darci un'immagine viva della funzionalità del colon nelle varie circostanze.

Così l'A. ha potuto studiare il colon in condizioni fisiologiche ed i varii tipi della funzionalità; il reperto radiologico nei disturbi funzionali e sovrattutto nella colica mucosa e nei varii tipi segmentarii da irritabilità riflessa.

Ci espone poi le varie immagini dei processi infiammatorii, quale la colite nei varii suoi stadi, nella tubercolosi, nell'infiammazione dell'appendice.

Con buoni radiogrammi ci dimostra anche l'importanza di questo metodo per lo studio dei diverticoli del colon e dei neoplasmi.

Il lavoro è stato condotto con molta accuratezza, con iconografia abbondante e nitida (113 figg.); i risultati ci sembrano interessanti e come tali degni per lo meno di essere presi in considerazione e controllati.

GAST. MELDOLESI.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

CHARRIER e LOUBAT. *Traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire.* Masson, Paris 1932.

Tutti coloro che si occupano di tisiologia sono oggi d'accordo nel ritenere che quando un caso di tubercolosi pleuro-polmonare rimane attivo e infettante perchè un pneumotorace terapeutico si è mostrato inefficace o incompleto, è necessario ricorrere ad altri mezzi che assicurino l'immobilizzazione del polmone e la stabilizzazione della lesione.

Si deve cioè ricorrere a interventi chirurgici che possono andare a seconda dei casi da una semplice frenicectomia alla più estesa e complessa toracoplastica. Nel campo degli interventi chirurgici per tubercolosi polmonare è oggi più che mai tutto un fervore di studi sulle indicazioni, di proposte di nuovi interventi. Sono perciò evidenti le difficoltà che deve superare chi voglia fare un lavoro di sintesi e di critica.

Gli autori del volume annunciato sopra, hanno realizzato un'opera di messa a punto della questione che per la sua chiarezza e ordine dimostra la loro profonda competenza e esperienza. Il libro è da consigliare, a coloro che vogliano farsi un concetto chiaro sulla cura chirurgica della tubercolosi polmonare e tenersi al corrente sul lavoro che si va facendo in questo campo.

MANFREDO ASCOLI.

W. LAPP, v. H. NEUFFER. *Diätetik bei chirurgischen Erkrankungen.* Vol. di pag. 152 con 7 fig. Edit. Springer, Berlino 1932. R. M. 9.

Il problema dietetico è di grande importanza pratica per il chirurgo; si pensi soltanto ai malati operati sullo stomaco in cui tutta la cura post-operatoria si impernia quasi esclusivamente sulle prescrizioni dietetiche tanto nel periodo immediato dopo l'intervento che a distanza di esso. E lo stesso si potrebbe dire per gran parte degli operati. Dobbiamo essere quindi grati agli autori che hanno raccolto in questo volumetto una serie di prescrizioni dietetiche esatte in cui la scelta degli alimenti è regolata dalla possibilità della digestione nell'operato e la quantità dal bisogno delle calorie.

Tutte le prescrizioni dietetiche degli AA. sono state esperimentate in un reparto chirurgico annesso al reparto per le cure dietetiche diretto dal von Noorden e poggiano su una estesa applicazione.

La prima parte tratta delle basi teoriche della dietetica nelle affezioni chirurgiche, la seconda della applicazione pratica nelle diverse affezioni prima e dopo l'intervento, la terza contiene un esteso ricettario e il modo di preparazione e somministrazione degli alimenti.

P. VALDONI.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

X Congresso di Medicina del Lavoro.

(Milano, 23-25 aprile 1932).

Svoltosi nella Clinica del prof. Luigi Devoto, la quale si può a buon diritto chiamare la culla della moderna medicina del lavoro in Italia, questo Congresso ha riunito in un simpatico e cordiale accordo tutti quanti si occupano da noi di questa disciplina. Dopo pochi e brevi discorsi inaugurali, si sono avute le tre relazioni, che presentavano grande interesse, anche perchè specialmente le prime due si occupavano di argomenti raramente trattati in questi Congressi.

Il lavoro intellettuale.

L. Ferrannini. — Rileva l'importanza della circolazione sanguigna nel cervello e da ciò la grande attività chimica che in esso si deve svolgere. Dimostra le diverse influenze del lavoro mentale sul circolo, sul respiro, sulle funzioni digerenti, accenna alla misura del metabolismo nella camera calorimetrica, in cui si è visto che un lavoro cerebrale intenso di 8 ore al giorno dà solo una differenza di circa 9 calorie per il lavoro del cervello; si diffonde sulle modificazioni del ricambio sia gassoso che minerale consecutive al lavoro mentale.

L'O. mette in guardia con un'interpetrazione troppo meccanica del lavoro mentale ed in genere del lavoro umano, da considerarsi sempre come psicofisico, con prevalenza di quello fisico o di quello psichico a seconda del genere di lavoro. Si occupa poi della fatica, arduo argomento, in cui la grande varietà di opinioni mostra la scarsezza di conoscenze concrete in proposito.

S. De Sanctis. — A proposito della produzione intellettuale. si preoccupa soprattutto della *qualità* del prodotto, più che della quantità. Stabilisce alcuni principî riguardanti il dovere del lavoro per l'utilizzazione dell'uomo al maggior bene dei singoli e della comunità, l'unità del lavoro umano e la necessità di considerare i lavoratori intellettuali alla stregua degli altri. Accenna alla indefaticabilità nervosa, nel senso di rapidità di restauri in sito, di facilità di compensi collaterali, osservando che il lavoro intellettuale è bio-neurologico in tutto il suo decorso, ma che la componente sensoriale e neuromuscolare che vi si accompagna fin dall'inizio si rende sempre più perspicua e, nella fase di fatica, prende il primo posto.

Interessanti sono le ricerche fatte dall'O. sulla curva del lavoro mentale, che egli dimostra non avere un decorso identico in tutti gli individui; le variazioni individuali possono anche avere relazione con la qualità del lavoro.

Dalle premesse, l'O. arriva a deduzioni pratiche per l'individuo e per la comunità. Fissa le regole del lavoro intellettuale da farsi in condizioni di buona salute fisica e morale, evitando i « circoli viziosi » sullo squilibrio neuro-vegetativo. L'ideale specifico dell'intellettuale, egli aggiunge, è quello di creare prodotti del massimo valore rispetto alla propria capacità e lo deve fare con un minimo di spesa energetica ed entro un minimo di tempo.

Si deve riservare lo sforzo per la preparazione del lavoro e si deve evitare di sciupare sè stessi per un lavoro intellettuale non spontaneo, forzato. Raccogliere i materiali con sforzo, ma svolgere il piano del lavoro nella quiete e nel silenzio dei sensi e dei muscoli.

L'O. tocca poi l'organizzazione del lavoro intellettuale ed auspica una vera coltura dell'aristocrazia intellettuale, osservando che il clima storico è incubatore fecondo di prodotti intellettuali, quasi quanto il clima fisico e quello biologico.

Il lavoro nei campi.

Su questo tema si sono svolte le relazioni di G. Caso e G. Aiello (Patologia dei lavoratori dei campi), di L. Noviello (Organizzazione scientifica del lavoro in agricoltura) e di N. Castellino (Caratteristiche ambientali economiche, sociali ed igienico-sanitarie del lavoro agricolo nelle diverse regioni italiane). Vasta relazione di oltre 180 pagine, che esamina la questione nei suoi particolari e che mal si presta ad essere riassunta. L'on. prof. N. Castellino ne illustrò alla fine i concetti generali, osservando anzitutto che non si deve parlare di « motore umano », espressione che abbassa la nobiltà del lavoro umano. Egli ed i suoi collaboratori hanno trattato il tema dal punto di vista umanitario e sociale.

L'agricoltura è il fondamento della nostra civiltà, base della famiglia e della coesione nazionale; l'O. esalta quindi le virtù del popolo italiano, che combatte per conservare il possesso della terra.

Problema fondamentale del lavoro dei campi è la *questione della casa*. Molto si è fatto per l'edilizia urbana, poco o punto per quella rurale, anche le abitazioni costruite recentemente ed in serie sono strette ed insufficienti. È inutile il fare delle bonifiche se non si dà al contadino la casa che risponda ai suoi reali bisogni ed ai requisiti igienici.

Altre questioni della massima importanza sono quelle delle *comunicazioni stradali*, in modo che il rurale possa facilmente portare ai mercati i suoi prodotti; quella dell'*assistenza sanitaria e materna*. Importante è il distrarre la donna dei campi dal lavoro delle officine e ridarle l'amore della famiglia. Propugna l'unione delle massaie di campagna, quasi sconosciuta in Italia e tanto diffusa all'estero, dove vi sono 15.000 sezioni.

Altri problemi integrano la questione, il credito alle piccole aziende, la cooperazione, le diverse « Battaglie » (del grano, del riso, per l'olio), il rimboschimento, ecc.

Patologia dei solventi, misure igieniche e profilassi.

La trattazione è stata svolta dai proff. L. Carozzi, A. Nebuloni e G. Loriga. Il primo ha esaminato con rapido sguardo la questione dei solventi, specialmente dal lato chimico e tecnologico; la sua relazione fornisce una grande quantità di notizie in proposito, anche sulla composizione di molti composti brevettati del commercio. Il prof. Nebuloni si occupa della patologia e clinica delle intossicazioni da solventi organici volatili, argomento arduo per la scarsità della documentazione clinica, mentre è della massima importanza per il sempre crescente uso di tali solventi nell'industria (grande e piccola). Si può dire che tutto quanto di essenziale si conosce su tale argomento è stato raccolto con grande pazienza e precisione dall'O.

Il prof. G. LORIGA si è occupato, con quella competenza che tutti gli conoscono, specialmente dell'igiene del lavoro delle vernici cellulosiche. Esamina largamente il lato tecnologico della questione, questione di grande importanza per riconoscere quali possono essere i movimenti patogeni. Mostra i pericoli connessi con tale lavorazione ed indica i rimedi e le precauzioni da adottare, nonchè quelle in uso in alcuni stati. Anche per queste relazioni, non è possibile dare un riassunto; esse, raccogliendo quanto ci è finora noto in argomento, forniscono una buona guida per chiunque si occupi di tali questioni. *fil.*

Accademia di Scienze Mediche di Palermo.

Seduta del 26 marzo 1932.

Presidente: L. GIUFFRÈ.

Il presidente ricorda la morte del socio ordinario prof. U. Soli; propone che la Accademia invii le sue condoglianze alla famiglia ed affidi la commemorazione al suo allievo prof. Aiello.

Sulla azione dinamica specifica degli alimenti.

U. LOMBROSO e DE FRISCO. — Riferiscono sul ricambio gassoso nei colombi dopo l'ingestione di saccarosio.

Esperienza di cura della paralisi progressiva e della tabe con la vaccinazione antirabica Pasteur.

Prof. TOMMASI (direttore della R. Clinica dermosifilopatica). — Come è noto, il problema della cura della paralisi progressiva, dopo i geniali e fortunati esperimenti di Wagner eseguiti a mezzo dell'inoculazione malarica, è balzato d'un colpo a primo piano non soltanto per quanto ne riguarda lo studio del meccanismo di produzione, ma anche per la ricerca di altri metodi sostituitivi, capace di contrastare con successo il fatale svolgimento della gravissima affezione. Ed è nota la terapia piretogena. Tuttavia può dirsi che ancora il meccanismo di azione della malario-terapia nella paralisi progressiva non è affatto chiarito, ciò che sarebbe di grande interesse dottrinale e pratico. L'O., direttore della Clinica dermosifilopatica di Palermo, nel 1929 a Milano (v. *Giornale It. Derm. e Sif.*, 1929, pag. 1054) ebbe a sostenere l'opinione che essa possa consistere nel vincere l'inerzia reattiva locale dei centri ammalati e cioè nel provocare o intensificare fatti infiammatori locali indispensabili a vincere il treponema e a delimitare i focolai degenerati. Egli traeva questa opinione da considerazioni ben note di anatomia patologica e di biologia speciale della affezione.

La sua opinione fu condivisa dal prof. Zironi. Gli studi successivi (1931) di Gerstmann e quelli di Straussler e Koskins sembrano dargli pienamente ragione.

Anche DE SANCTIS ha condiviso queste vedute degli AA. su citati e le ha integrate con spiegazione del compenso da parte di centri e vie vicarianti delle parti distrutte.

In base al concetto del Tommasi per guarire la P. P. sopratutto incipiente, occorrerebbe tramitare questo processo torpido — per malaugurata assuefazione reciproca fra germi e tessuti — in un processo flogistico più attivo e acuto, come in una sifilide ordinaria e specie recente. È però noto che non è possibile nei P. P. fare attecchire una superinfezione.

La pireto-terapia dà dei risultati positivi nella cura della P. P. ma di gran lunga inferiore alla malario-terapia.

Allo scopo di studiare il meccanismo di azione della malario-terapia il Tommasi ha voluto recentemente voluto provare se un virus, non piretogeno, avesse qualche influenza nella P. P. ed ha scelto il virus rabico del vaccino Pasteur (emulsione midolli disseccati, conigli iniettati sotto cure con virus fisso) perchè neurotropo e perchè senza danno è possibile inocularlo dapprima attenuato poi sempre più attivo e comunque vivente. Dato il concetto da cui esso è partito, ha fatto seguire cure specifiche arsenicali e bismutiche.

I risultati sono stati interessanti. Mai inconvenienti locali o generali, tolleranza perfetta.

Ha sperimentato su 11 di cui 8 di P. P., 2 di tabo-paralisi, 1 di tabe pura con crisi dolorose ribelli a cure specifiche e non specifiche.

I casi erano tutti accertati dai reperti del liquor, da larga sintomatologia neuro-psichica e spesso dal parere del neuropsichiatra, e da esame oftalmico completo.

Risultati: nessuna modificazione nei due casi gravi di tabo-paralisi; modificazioni lievi ovvero nette ma transitorie in 4 casi di P. P. (casi gravi recidivanti o antichi).

In 4 casi di P. P. remissioni più o meno rapide e marcate; più o meno complete ma veramente sensibili e importanti con ritorno della capacità lavorativa. Alcuni di questi casi erano stati ribelli a ogni altra cura precedente.

Nel caso unico di tabe ribelle, arresto delle crisi e di ogni altra sintomatologia attiva in modo duraturo. Il rapido inizio e la progressività della miglioria, continuata poi durante cure specifiche successive fatte (le stesse cure erano state prima inefficaci); la miglioria notata anche in alcuni degli altri casi nei quali si ebbe poi ripresa, fanno ritenere che queste modificazioni ottenute non siano semplice coincidenza o soste spontanee. D'altro canto, lasciando a parte i paragoni sulla profondità e durata delle remissioni, si può dire che i casi influenzati corrispondano alla percentuale degli influenzabili con la malaria (45 %).

Queste esperienze dimostrerebbero che il fattore iperpiressia non è l'unico e forse nemmeno il più importante nel meccanismo della cura di Wagner.

È questo il primo tentativo di influenzare il decorso della P. P. con una infezione non piretogena a virus neurotropo. Il vaccino Pasteur, adunque, può agire modificando il decorso della P. P. e della tabe e determinare soste e remissioni.

Il breve lasso di tempo dall'inizio delle esperienze e quindi delle remissioni e soprattutto il piccolo numero di casi non permettono di trarre conclusioni e nemmeno prognostici sulla eventuale importanza pratica di questa vaccinazione antirabica quale cura della metalue.

Però la innocuità e comodità del metodo e i buoni risultati ottenuti in questa prima fase di prove, meritano non solo la continuazione di esperienze da parte del Tommasi ma anche, e soprattutto, dei saggi su più largo materiale da parte di altri studiosi.

È naturale che quando i buoni risultati fossero accertati, la inoculazione del virus attenuata Pasteur potrebbe essere potenziata dalla associazione di pireto-terapia ovvero si potrebbe alternare con la malaria o sostituirla nei casi di intolleranza o controindicazioni alla cura del non sempre innocuo *plasmodium vivax*.

Sterilizzazione delle donne affette da tubercolosi polmonale.

L. GIUFFRÈ. — L'O. discute le indicazioni e le controindicazioni della sterilizzazione temporanea a mezzo dell'irradiazione delle ovaie con i raggi Roentgen. Conclude col proporre che nei pochi casi, in cui essa sia fondatamente indicata, siano prescritte per praticarla la stesse norme e sanzioni, che ora sono prescritte per legge nei casi, in cui è indicata la pratica della interruzione della gravidanza. A. CUSUMANO.

Società Medico-Chirurgica Veronese

Seduta del 2 maggio 1932.

Presidente: Dott. F. DELAINI.

Nefriti e nefrosi.

Prof. PIAZZA. — Sulla base di alcuni casi clinici di propria osservazione l'O. tratta riassuntivamente la questione delle nefrosi soffermandosi in modo speciale sui criteri di diagnosi differenziale colle nefriti e, pur ammettendo che nel più dei casi si ha a che fare con forme miste nelle quali sono frammischiate alterazioni flogistiche e degenerative dei vari elementi costitutivi del parenchima renale, tuttavia lo studio accurato e completo di alcune forme di nefrosi quasi pure, di propria osservazione, lo induce a ritenere che, per quanto non frequentemente, possano riscontrarsi nella pratica delle nefropatie a carattere quasi esclusivamente degenerativo da ascriversi al gruppo delle nefrosi. L'accertamento di tali forme non è destituito di importanza pratica dal punto di vista prognostico e curativo.

Discussione.

Prof. VIANA. — Parla dell'importanza delle nefropatie in gravidanza e dei criteri per differenziare le forme gravidiche dalle forme nefritiche vere e proprie Ritiene che si possano distinguere in base a vari caratteri le forme semplicemente gravidiche ma anche per queste stima sempre difficile una netta distinzione tra nefrosi e nefriti.

Prof. ARTOM. — Parla della lue come causa sia di nefrosi sia di nefriti e cita una casistica personale in proposito; si sofferma, riferendosi a quanto è stato detto dai precedenti OO., sulla nefrosi lipoidea dimostrando l'incertezza patogenetica di tale forma, rilevando l'importanza della luce ed in specie dell'eredo-lue nella genesi di tale forma.

Prof. ROSSI. — Nella questione delle nefropatie distingue il concetto del patologo da quello del medico pratico; dimostra la utilità delle distinzioni basate sul fondamento anatomo-patologico pur rilevando le difficoltà dell'applicazione di esse nella pratica corrente.

Artriti settiche della prima età.

Prof. SCARLINI. — Basandosi essenzialmente sulla personale esperienza, tratta in brevi linee delle artriti settiche della prima età accennandone alla più frequente etiologia ed alla patogenesi e insistendo specialmente sugli stretti legami di dipendenza che esse hanno con focolai osteomielitici iuxta coniugali dell'epifisi ed anzi più frequentemente delle metafisi. Accenna ai tre quadri nosologici abbastanza caratteristici coi quali queste artriti possono presentarsi: acutissimo con gravi fenomeni setticoemici, acuto con artrite e periartrite a carattere purulento, attenuato con scarsissimi fenomeni di flogosi articolare. Delinea le note cliniche di ciascheduno e richiama l'attenzione sui sintomi principali che possono condurre alla diagnosi talora non facile. Conclude infine parlando del trattamento ed insistendo molto sulla utilità massima che esso sia il più precoce possibile e che si preoccupi, oltre che della guarigione del processo morboso vero e proprio, anche di assicurare alla giuntura colpita tutto il ricupero funzionale compatibile con le alterazioni del complesso articolare evitando in modo assoluto lo insorgere e lo stabilirsi di attitudini viziose.

Discussione.

Prof. VIANA. — Domanda se abbia mai osservato forme di origine gonococcica ed accenna ai casi di artriti gonococciche dei neonati ricordati dalla letteratura.

Prof. ARTOM. — Accenna alle differenze cliniche esistenti tra le artriti gonococciche del neonato e quelle dell'adulto.

Sinusiti fronto-etmoidali e complicazioni orbitarie.

Prof. ZANNI. — L'O. porta due osservazioni: riferisce prima su un caso di sinusite frontale con ascesso orbitario in un bambino di 12 anni operato e guarito col metodo Agston-Luc e su un caso di mucocele gigante fronto-etmoidale con ascesso retro-bulbare, in una donna di 63 anni operata e guarita col metodo Riedel-Killian. Tratta quindi delle diverse complicanze orbito-oculari da sinusiti frontali e fronto-etmoidali mettendo in rilievo la necessità di una diagnosi esatta e di un intervento precoce in questi casi che comportano spesso una prognosi infausta per la funzione visiva e anche per la vita.

Discussione.

Dott. BERGMANN. — Conferma la rarità dei casi esposti dal prof. Zanni ed in particolare del decorso favorevole che attribuisce alla tempestività dell'intervento.

Considerazioni ematologiche in casi di pneumotorace e di frenico-exeresi.

Dott. BIASI. — La frenico-exeresi e il pneumotorace nella cura della tubercolosi polmonare determinano aumento della eosinofilia nei giorni che seguono l'intervento.

L'azione topica di alcuni estratti di glandole endocrine.

Dott. QUARANTOTTO. — L'O. riferisce esperienze fatte allo scopo di studiare la diversa azione che gli estratti di ghiandole endocrine localmente applicati esercitano sulla rigenerazione dell'epitelio cutaneo. Le esperienze fatte con due gruppi di estratti: l'uno ad azione catabolica (tiroide e pancreas), l'altro ad azione anabolica (testicolo e surrene) confermano l'azione cheratoplastica intensissima esercitata da questi ultimi ed inducono a pensare ad una azione inversa esercitata dai primi. L'O. si sofferma quindi a riferire i risultati di indagini personali dirette a stabilire la ragione di tale azione topica di estratti ghiandolari.

Prof. ZORZI. — *L'uso della sonda molle nella pratica gastro-enterologica.* M. ARTOM.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

DALLA PRATICA CORRENTE.

Istituto Chirurgico ed Ortopedico di Caltanissetta.

Un caso gravissimo di acidosi postoperatoria guarito con l'insulinoterapia.

Dott. GIUSEPPE BALLATI, direttore.

Sig.ra F. Filippina, di anni 46, da Caltanissetta. Viene ricoverata nell'Istituto il 23 novembre del 1927, con sintomi di cisti ovarica torta sul peduncolo. Avvertiva da diversi giorni dolori a tutto l'addome, aumentato di volume come in una gravidanza all'ottavo mese, ed aveva avuto vomito, che si era fatto più frequente ed incoercibile fino a renderle impossibile qualsiasi alimentazione e la ingestione anche di scarsissima quantità di acqua. Al suo ingresso in Clinica, nel liquido biliare, emesso col vomito, si notavano tracce evidenti di sangue *ex vacuo*.

Nello stesso giorno del suo ingresso, previo un rapido esame somatico e funzionale, viene sottoposta ad intervento operativo.

Anestesia rachidea (ampolle bigemine dell'Istituto Sieroterapico Milanese). Laparotomia mediana pubio-paraombellicale; constatazione di una cisti dell'ovaio destro molto voluminosa, multiloculare, che presenta delle bozze sotto forte tensione. Si infigge il trequarti da cisti in una delle più grosse sacche e si dà esito a del liquido vischioso, filante molto denso. Malgrado la riduzione del volume della cisti, si è costretti a prolungare in alto la incisione laparotomica per poterla eviscerare, il che riesce molto agevole. Asportazione della cisti, previa sezione, col coltello di Paquelin, del peduncolo, torto su se stesso di un giro e mezzo. Legatura del moncone e ricostruzione del legamento largo; chiusura della parete a quattro piani; sutura cutanea a griffe.

La anestesia fu perfetta e l'intervento operativo benissimo tollerato. La inferma, dopo operata, avvertì senso di vero sollievo, il vomito cessò per incanto. Le venne praticata una ipodermoclisi adrenalinizzata e per circa 36 ore si ebbe un decorso dei più ideali. Nella sera del giorno appresso a quello dell'operazione ricomparve il vomito acquoso biliare, che si fece più frequente, si ebbe temperatura oscillante tra i 38 e 38 e 6 gradi, polso 134-138 con lievi oscillazioni nella frequenza, e dispnea (38-42 respiri al minuto). Nella seconda giornata cominciò ad emettere gas dal retto; non dolenzia addominale. Le vennero praticate sistematicamente iniezioni cardiotoniche e quotidiane ipodermoclisi di soluzione fisiologica adrenalinizzata. Con questo corteo sintomatico si arrivò al quarto giorno, quando il vomito si fece più ostinato ed incoercibile (alvo sempre aperto ed addome sempre indolente), ed il polso arrivò a 150 con una temperatura di 37°,3. Con l'esame delle urine si rilevò una intensa acetonuria. Si pensò allora ad una gravissima acidosi in atto e si iniziò la somministrazione per via ipodermica di 20 unità al giorno di insulina in due volte, precedute sempre da ipodermoclisi glucosate. Tale stato di gravità perdurò per tutto il quinto giorno, nella notte del quale la inferma entrò in coma. (Polso 155 con temperatura 37°,1, respiri 44). Si persistette a somministrare per via ipodermica insulina e soluzione glucosata. La mattina del sesto giorno la malata sembrò risuscitata, tornò la coscienza, non più vomito, reazione dell'acetone (Lègal) meno intensa. Si cominciò l'alimentazione con succo di frutta e con un po' di latte, si continuò l'insulino-terapia sino all'undicesimo giorno, mentre l'acetonuria si faceva sempre meno marcata e lo stato generale migliorava sempre più. Al nono giorno comparve glucosio nelle urine e, malgrado ciò, si persistette nella cura suddetta. In quindicesima giornata si alzò ed in diciottesima giornata l'inferma venne dimessa guarita con assenza nelle urine sia di glucosio che di acetone.

La ferita chirurgica guarì per prima intenzione.

Ebbi occasione di seguire la malata, che riprese, dopo poco tempo, le sue ordinarie occupazioni.

I casi di acidosi postoperatoria non presentano ordinariamente gravità e tale benignità abituale dà importanza speciale alle grandi acidosi, per fortuna rare, gravissime ed anche mortali. Ed ho voluto pubblicare il mio caso perchè lo ho ritenuto di eccezionale gravità, per la grande efficacia dell'insulinoterapia ed anche perchè in primo tempo non si era pensato ad inquadrare la sindrome sempre più allarmante (vomito, dispnea, tachicardia, ecc.) nell'acidosi postoperatoria.

Il Naunyn fu il primo a descriverla e fu interpretata come un aumento patologico dell'acidità nel sangue e nei tessuti. Le ricerche e gli studi moderni hanno invece dimostrato che anzichè di un aumento dell'acidità del sangue, si tratta di una diminuzione della riserva alcalina.

Questa acidosi coincide con una elevata eliminazione di acidi organici con le urine, indice sia di una distruzione esagerata dei tessuti, sia di un turbato metabolismo.

Diverse sono le cause a cui si riportano le acidosi postoperatorie:

1) alterazioni della cellula epatica prodotte dagli anestetici (etere e specie il cloroformio), alterazioni che produrrebbero una diminuzione dei poteri di ossidazione dello zucchero, onde iperglicemia ed insorgenza dell'acidosi;

2) il trauma operatorio esclusivamente, che agirebbe o come trauma meccanico, o psichicamente, producendo per via nervosa un turbamento degli scambi nutritivi;

3) il digiuno eventuale preoperatorio;

4) il sovraccarico di chetoni dovuti all'alterata combustione dei grassi per deficienza di idrati di carbonio.

Nel caso nostro non entrano in discussione gli anestetici generali quali l'etere ed il cloroformio, perchè non adoperati.

Il traumatismo operatorio non pare che debba essere preso in considerazione come causa efficiente, sia perchè si trattò di un intervento piuttosto rapido e per nulla indaginoso, sia perchè fu benissimo tollerato e perchè fu seguito da un periodo di circa 36 ore di assoluto benessere. Lo choc operatorio, come trauma meccanico, produce immediatamente i suoi effetti, come traumatismo psichico, non è stato dimostrato fino a che punto lo choc nervoso possa esercitare un'azione sul metabolismo dei corpi acetonici.

Resta nel caso in ispecie il digiuno assoluto, a cui l'inferma si era dovuta assoggettare, per diversi giorni prima dell'intervento, per il vomito divenuto incoercibile, vomito causato esclusivamente dalla torsione della cisti, tanto che esso cessò di colpo appena tolta la causa.

Il digiuno indubbiamente in questo caso ha avuto importanza grandissima; il trauma operatorio servì a scatenare la sindrome gravissima descritta dell'acidosi in un organismo ad essa preparato dal prolungato digiuno, sindrome clinicamente classica, che sta a dimostrare il turbato equilibrio acido-basico avvalorata poi dalla presenza di intensa acetonuria.

Altre ricerche non fu possibile eseguire per mancanza di gabinetti attrezzati allo scopo.

La gravità raggiunta dal caso descritto fu veramente impressionante; quando la malata entrò in coma, si disperò di salvarla ed io sono convinto che la risurrezione devesi esclusivamente all'insulina.

In conclusione lo scopo di questa pubblicazione è esclusivamente quello di rendere noto un caso di acidosi gravissima postoperatoria, che sarebbe stata sicuramente mortale senza l'ausilio dell'insulina. Credo poi che il caso sia abbastanza dimostrativo per la grande importanza che ha il digiuno preoperatorio nella produzione dell'acidosi.

Il chirurgo, quando vede insorgere negli operati vomito, dispnea, *barre epigastrique*, acetonuria, sempre che altre cause non esistano per spiegare tale sindrome, non deve dimenticare la possibilità dell'acidosi, che, anche se dovesse manifestarsi con caratteri di estrema gravità, può venire curata e vinta con l'insulina.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un gravissimo caso di acidosi postoperatoria guarito con l'insulinoterapia. Dice della grandissima parte che ha nella produzione dell'acidosi il digiuno preoperatorio; dice infine di pensare all'acidosi quando insorgono negli operati vomito, dispnea, *barre epigastrique*, tachicardia, sempre quando queste complicanze non si possono riportare ad altre cause. L'insulina in questi casi è rimedio sovrano.

BIBLIOGRAFIA.

M. RASTOUIL (DE LA ROCHELLE). Presse Médicale, 1925, n. 19.
M. CHEVKI MOUZAFFER. Ibid., 1925, n. 63.
U URRUTIA. Archivos de medicina, cirurgia y especialidades, tome XX, n. 11, settembre 1925.
MARAGLIANO. XXXII Congresso Società Italiana di Chirurgia.
SCHEIDER. Deut. Zeit. f. Chir., 1928.

CASISTICA E TERAPIA.

Piuria abatterica.

P. Bazy e P. Oudard (*Journal d'urologie méd. et chir.*, apr. 1931) riferiscono sulle osservazioni fatte in 14 pazienti che si erano presentati per vari disturbi dell'apparato genito-urinario e vengono alle seguenti conclusioni:

1) Esistono probabilmente una leucocituria od una vera piuria abatteriche con passaggio intermittente di batteri (piurie abatteriche intermittenti). La scomparsa intermittente dei batteri corrisponde ad un processo di autosterilizzazione, di cui il meccanismo ci è poco noto.

2) Oltre a leucocituria o piuria abatteriche di origine chimica o meccanica, ve ne sono di quelle di natura batterica, di cui il germe non può essere dimostrato se non con ripetuti esami di urina, in quanto che se ne elimina una scarsissima quantità.

3) Vi sono delle forme date da lesioni unilaterali juxtarenali o forse anche parenchimatose o forse a nessuna di queste. Il germe può essere un B. coli oppure uno stafilococco, ma non si deve escludere la possibilità che si tratti di un ascesso tubercolare o di una gomma.

4) Non può ritenersi giustificata la diagnosi di tubercolosi renale in caso di piuria abatterica a meno che si siano ottenuti risultati positivi mediante l'inoculazione della cavia. Gli AA. insistono su questo punto perchè non poche nefrectomie sono state praticate inutilmente sulla semplice base di una piuria abatterica, con esame diretto e culturale negativi. *fil.*

La nefrosclerosi nell'infanzia.

Studiando l'eziologia della nefrosclerosi dell'infanzia, A. G. Mitchell e G. M. Guest (*Jour. amer. med. assoc.*, 10 ott. 1931) trovano che vi è una predisposizione familiare ed eredi-

taria per questa malattia. Si può avere nefrite endouterina o nei primi stadii della vita; la sifilide entra poco o punto in causa; le infezioni batteriche acute, specialmente quelle streptococciche, possono ledere il rene in modo da lasciare una malattia cronica; raramente agiscono come fattori eziologici i veleni o le tossine di natura eso- od endogena; le infezioni focali hanno poca o punta importanza; la dieta ad alto contenuto proteico non entra nell'eziologia della nefrite nella prima età.

Nessun fatto giustifica la restrizione nella somministrazione delle proteine nei bambini con nefrite cronica, ai quali si dovranno dare le quantità normali necessarie.

Per quanto riguarda i sintomi, gli AA. richiamano soprattutto l'attenzione sulle alterazioni caratteristiche delle ossa e sulla denutrizione ed il nanismo che spesso accompagnano la nefrite cronica dell'infanzia. Le alterazioni ossee corrispondono in genere a quelle del rachitismo; tipica è l'insorgenza acuta o graduale del genu valgum. *fil.*

Nella cistite tubercolare.

Nelle forme secondarie a tubercolosi renale, Ed. e L. Michon (*Journ. des praticiens*, 9 gennaio 1931) convengono che ci si debba accontentare di trattamenti palliativi.

Si faranno delle instillazioni meglio tollerate che le lavature), a vescica vuota (dopo la minzione; attenzione che vi sono delle vesciche che si svuotano incompletamente ed in tal caso evacuarle!).

Si possono usare varie sostanze: Olio gomenolato (al 1/10-1/20); Blu di metilene (1/2 %); Sublimato (1/10.000-1/20.000); Neol a parti uguali con una soluzione di joduro di sodio a 1 % preparato al momento e diluito con il quadruplo di acqua.

Non usare mai il nitrato d'argento; solo in certi casi eccezionali, si può tentare l'argyrol (2-3 %).

Le instillazioni si faranno ogni giorno od ogni 2 giorni. Sorvegliare l'igiene generale, non ridurre l'alimentazione.

Utili sono i suppositori calmanti ed i piccoli clisteri laudanizzati; meno bene riescono gli antisettici urinari.

Se questo trattamento ha fallito, tentare di cauterizzare le lesioni vescicali con la diatermia per vie naturali. Nel caso di dolori molto intensi, si può pensare ad una cistotomia soprapubica. *fil.*

SEMEIOTICA.

Sul valore pratico delle prove con la tubercolina.

A. Marmo (*Giorn. di med. mil.*, genn. 1932) ha praticato su 606 soggetti osservati in Eritrea, ricerche comparative tra la cutireazione di v. Pirquet, l'intradermoreazione di Mantoux e l'intradermoreazione di Trambusti. Egli descrive le tecniche adoperate. La Pirquet fu eseguita con tecnica ordinaria ma coll'apposito scarificatore originale. Per l'intradermoreazione di Mantoux occorrono soluzioni di tubercolina da 1 : 5000 - 1 : 2000 a 1 : 100 - 1 : 10. La prima iniezione si pratica con la soluzione più diluita nella quantità di 0,10 cc. e se il risultato è negativo si passa ad una diluizione più concentrata. La reazione positiva si manifesta dopo 5-6 ore sotto forma di infiltrazione visibile e palpabile, dopo 24 ore si forma una papula arrossata e pruriginosa e talvolta edematosa che raggiunge il suo acme dopo 48 ore e quindi regredisce. La tecnica della Trambusti è molto più semplice. Occorrono un ago del calibro 6/10 mm. e la soluzione di tubercolina 1/5 in soluzione fisiologica sterile. La prova è negativa (—) se dopo 24 h. non si ha alcun segno di reazione, debolmente positiva (+) se dopo 24 ore si ha arrossamento ed infiltrazione in un'area cutanea di circa 3 mm. di diametro, nettamente positiva (+ +) se la reazione va da 3 a 7 mm. di diam., fortemente positiva (+ + +) se la reazione si aggira intorno ai 10 mm. Trambusti misura i diametri con le punte di un calibratore munito di nonio.

L'A. ottenne con la Pirquet un coefficiente di positività del 16,50 %, con la Trambusti del 51,98 %, con la Mantoux del 53,13 %. I soggetti osservati erano di varia età, di ambedue i sessi, in gran parte clinicamente sani o anche affetti da diverse forme morbose.

Pertanto l'A. conclude: *a*) che la Pirquet si dimostra inferiore alla Trambusti e alla Mantoux, *b*) che queste reazioni intradermiche presentano un manifesto parallelismo, *c*) che la Trambusti dimostrando una sensibilità quasi eguale alla Mantoux è da preferirsi a quest'ultima per la semplicità della tecnica e la rapidità del metodo. D. LONGO.

TECNICA.

Tecnica della puntura della cisterna.

Questo intervento, che va oggi acquistando sempre maggior favore, trova il suo maggior ostacolo nella impossibilità di stabilire con esattezza se, e quando l'ago abbia raggiunto e perforato la membrana occipito-atlantoidea, che forma con la dura madre l'ostacolo più resistente da superare.

Gans (*Deut. Med. Woch.*, 1, 1932) consiglia di usare il seguente artificio: quando si sia certi della posizione raggiunta dall'ago si provi a retrarlo: se l'ago è ancora al di qua della membrana è possibile tirarlo indietro con facilità mentre tutti i tessuti si sollevano, formando come una cupola di cui l'ago è l'apice.

Se l'ago è nella membrana o al di là, si ha la sensazione che esso sia infilato in qualche cosa di duro, di resistente: e non lo si può retrarre. V. SERRA.

EPIDEMIOLOGIA.

Un'epidemia di poliomielite a tipo bulbare.

Viene descritta da W. G. Scott Brown (*The Lancet*, n. 24, 12 dicembre 1931). Si trattò di 15 giovanetti frequentanti la stessa scuola, dell'età da 6 a 16 anni, in otto dei quali si ebbe una forma abortiva e negli altri 7 una forma a tipo bulbare. La morte sopravvenne in un solo caso.

Nelle forme abortive i segni clinici furono rappresentati da vomito o da nausea, che precedettero la febbre, con un poco di tosse. Sempre si notò poi faringite, ma lo stato generale si mantenne soddisfacente e al terzo giorno sopravvenne la guarigione.

La complicanza bulbare si sviluppò invece dal 3° al 4° giorno del periodo prodromico, mentre la tosse aumentava e l'infermo era abbattuto. Dal 4° al 5° giorno, in media, si svilupparono le paralisi dei nervi cranici.

La diagnosi fu confermata con la prova della neutralizzazione nelle scimmie, praticando controlli con soluzioni saline e con siero.

Egualmente col metodo sperimentale si constatò come nei casi abortivi e in parecchi soggetti che avevano avuto contatto coi malati si era prodotto uno stato immunitario.

Nei casi in cui si poteva giudicare che l'infezione fosse insorta per contatto, il periodo d'incubazione risultò di 7-9 giorni.

M. FABERI.

VARIA.

Si può combattere la crisi?

La crisi economica, che in questo momento infuria sul nostro povero mondo e travaglia l'ormai stanco genere umano, ha fatto sorgere un fungaio di economisti e di studiosi di leggi sociali e di meccanismi economici, i quali si affannano alla ricerca della soluzione del problema, ormai mèta agognata di tante menti: la risoluzione della crisi.

C'è chi sostiene che la vera causa della crisi sia la macchina: questa sotto il controllo di un solo lavoratore, compie un lavoro per il quale sarebbero stati necessari parecchi uomini. È stato proposto quindi, se non di abolire le macchine e ritornare al primitivo lavoro manuale, almeno di procedere gradualmente nella « macchinizzazione »; un giornale medico consigliava, forse non a torto, di ridurre temporaneamente, tutte le volte che ciò è possibile, le ore di lavoro, in modo che ci sia lavoro per tutti.

Un'altra proposta seria è relativa alla limitazione delle barriere doganali, che per solito recano benefizi illusori.

C'è chi dice, invece, che il fondamento della presente crisi sia del tutto morale e manifestazione dello scoraggiamento della massa: in America la chiamano infatti *depressione*.

Ultimamente in un giornale medico vi era chi consigliava di far fronte alla crisi dedicandosi all'allevamento di animali da pelliccia, o, ancor meglio, alla pollicoltura... I varî Governi ed il Segretariato della Società delle Nazioni ricevono giornalmente proposte dalla grande massa di studiosi o pseudo-studiosi, i quali credono di aver trovato il mezzo più pratico e spicciativo per ridonare il benessere all'umanità sofferente. Sono proposte per la maggior parte strane ed inattuabili, oppure la cui attuazione importebbe un dispendio assai superiore al beneficio che se ne ritrarrebbe. Ma nessuna è forse così strana come quella che è stata recentemente avanzata da un economista tedesco. Questi ha proposto al suo Governo di stabilire un piano generale onde ... rimuovere ufficialmente l'oro dai denti dei morti. Questo geniale tedesco ha calcolato che nel 1929 e nella sola Germania fu seppellito, con gli 805.973 morti di quell'anno, una quantità di oro del valore di 11.300.000 marchi, qualche cosa come 50 milioni di lire. Infatti la maggior parte dell'oro usato per le capsule è a 21 karati. Solo il 25 % della somma recuperata verrebbe ad essere speso nei lavori di recupero.

È, naturalmente, difficile prendere in seria considerazione la proposta; ma certo essa esprime l'idea oggi dominante in economia di utilizzare delle cose che finora sono andate perdute.

E senza dubbio, in un giorno non lontano, il progresso della civilizzazione ci porterà allo sfruttamento effettivo ed economico di molte risorse sia minerali che finanziarie che finora sono andate disperse.

G. LA CAVA.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Al dott. F. F. da B. e dott. A. B. da L. di B.:

Non esiste un testo che svolga perfettamente e completamente il programma d'esame per ufficiale sanitario.

Per tutta la parte generale e speciale dell'igiene, vanno bene il Celli e il Cimmino.

Più moderno è il grosso trattato del Casagrandi; va tenuto presente anche quello del Pagliani. È molto raccomandabile anche il *Prontuario dell'Igienista* del Filippini.

Per la parte legislativa: il Melograni *Codice Sanitario* — ultima edizione — arriva al 1921. Le leggi successive non si trovano raccolte ancora; ma le più importanti sono illustrate dal Manualetto del Franchetti *Appunti di Legislazione per Ufficiali Sanitari* e negli articoli successivi della rubrica dell'Uff. Sanit. del *Policlinico*.

Il concorso testè bandito per 24 posti di Medico Provinciale aggiunto è accessibile a tutti i medici. Ai medici provincali aggiunti è vietato il libero esercizio professionale. L. P.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

I medici e il codice penale.

S. E. Alfredo Rocco, Ministro di Grazia e Giustizia, ha pubblicato, con questo titolo, nella *Stampa* di Torino, l'articolo che qui riportiamo.

« Il nuovo Codice penale ha suscitato critiche e polemiche nella classe medica italiana? Neppure per sogno. I medici italiani hanno accolto con viva simpatia l'energica tutela che la legislazione penale fascista presta alla sanità e alle integrità della stirpe. Un intero titolo, che manca in tutti gli altri codici e anche nei progetti di altri codici, è dedicato a questa tutela. L'innovazione ha raccolto il plauso dei competenti, di cui si è fatta interprete la Società italiana di ginecologia; specialmente il suo Presidente, Senatore Pestalozza, non ha lesinato gli elogi alla nuova legislazione.

Del Codice penale italiano si lamentano i medici... francesi. Il *Siècle Médical* prende di mira specialmente l'articolo 365 del nuovo Codice, che punisce l'omissione di referto. Non si tratta di una novità, e lo stesso *Siècle* lo ammette, perchè un articolo del codice abrogato, Zanardelliano e liberalissimo, il 439, comminava egualmente una pena pecuniaria, l'ammenda, contro il « medico, il chirurgo, la levatrice o altro ufficiale di sanità che, avendo prestato l'assistenza della propria professione in casi che possano presentare i caratteri di delitto contro la persona, omette o ritarda di riferirne all'Autorità giudiziaria o di Pubblica sicurezza, eccetto che il referto esponga la persona assistita a un procedimento penale ».

Che c'è di nuovo nell'art. 365 del codice fascista che possa meritare l'anatema dei medici... francesi? Ben poco, e basta leggere l'articolo per convincersene. « Chiunque, avendo nell'esercizio di una professione sanitaria prestato la propria assistenza od opera in casi che possano presentare i caratteri di un delitto, per il quale si debba procedere d'ufficio, omette o ritarda di riferirne all'Autorità indicata nell'art. 361 è punito con la multa fino a lire cinquemila. Questa disposizione non si applica quando il referto esporrebbe la persona assistita a procedimento penale ».

Dunque, mentre secondo il codice del 1889 l'obbligo del referto riguardava i casi che potessero presentare i caratteri di un delitto *contro la persona*, il codice del 1930 prescrive il referto in tutti i casi che possano presentare i caratteri di un delitto, anche se non contro la persona. Mentre il codice del 1889 non faceva distinzione tra delitti perseguibili di ufficio e delitti perseguibili a querela di parte, il codice del 1930 limita l'obbligo di riferire ai soli delitti perseguibili d'ufficio. Infine, il codice abrogato considerava il fatto come contravvenzione e lo puniva con l'ammenda fino a lire cinquanta; il nuovo codice lo considera delitto e lo punisce con la multa fino a lire cinquemila.

La formula più generica del codice vigente mira a correggere un evidente errore in cui era caduto il legislatore del 1889. All'infuori dei delitti contro la persona, già secondo il codice abrogato ve ne erano altri che pur potevano concretarsi in danni arrecati alla persona. Basti pensare ai delitti contro il buon costume, contro la sicurezza dei mezzi di trasporto e di comunicazione, contro la sanità e l'alimentazione pubblica. La classificazione dei reati si fa tenendo presente il bene giuridico *principalmente* leso. Possono pertanto esservi delitti contro beni diversi dalla vita o dalla integrità della persona, che pur importano danni alla persona. Anche in questi casi la constatazione che il medico fa, di un danno recato alla persona, è indizio dell'esistenza di un reato. Perchè non dovrebbe esservi anche qui l'obbligo del referto?

E si noti che l'inconveniente, grave nel codice del 1889, sarebbe stato gravissimo in quello del 1930, che ha riunito sotto titoli diversi vari reati che nel vecchio codice erano considerati delitti contro la persona. Così l'abuso dei mezzi di correzione e i maltrattamenti in famiglia sono stati classificati tra i delitti contro l'assistenza familiare. L'aborto è stato iscritto tra i delitti contro la integrità e la sanità della stirpe. Inoltre nuove figure di delitti sono state create, che pur si risolvono in danni alle persone, come la procurata impotenza alla procreazione, il contagio doloso di malattie veneree. Tali delitti non sono stati classificati tra quelli contro la persona, ma tra quelli contro la integrità e la sanità della stirpe.

Si poteva in questi casi, esonerare il sanitario dall'obbligo del referto, per limitarlo ai soli delitti che hanno per *principale* oggettività giuridica la persona? Si poteva abolire l'obbligo del referto in caso di aborto, sol perchè il delitto è, in base a una più precisa determinazione giuridica, classificato tra quelli contro la sanità e la integrità della stirpe? Sarebbe stato evidentemente assurdo.

La limitazione dell'obbligo del referto ai soli delitti perseguibili d'ufficio costituisce un alleggerimento dell'onere imposto alla classe sanitaria. Ma neppur questo vantaggio trova grazia presso i giornali medici francesi. Si tratta — si dice — di una discriminazione che può mettere in imbarazzo il sanitario, il quale non può sapere quando un delitto è perseguibile d'ufficio e quando a querela di parte. Eppure nulla di più facile che una simile discriminazione. La regola essendo la perseguibilità d'ufficio, sono punibili a querela di parte e quindi esonerati dal referto solo i delitti per i quali la querela è esplicitamente richiesta dalla legge. Così nei delitti contro la persona solo la lesione guaribile nei dieci giorni è punibile a querela. Non par difficile che un medico possa apprezzare una simile circostanza. Del resto, nei casi dubbi, il sanitario farà sempre bene ad eseguire il referto.

In ultimo è vero che l'omissione di referto è per il nuovo codice delitto e non contravvenzione. Ma ciò, se importa una pena pecuniaria maggiore, vale anche a limitare la punibilità al solo caso di omissione *dolosa*, cioè intenzionalmente commessa. Rimane così escluso il caso della omissione

---

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. Giovanni Selvaggi esercente in Cassazione, cons. legale del nostro periodico.

colposa, cioè dipendente da negligenza o imperizia. La buona fede del sanitario secondo il codice vigente lo scusa in ogni caso; ciò che non avveniva per il codice abrogato, giacchè nel reato contravvenzionale rientra così l'ipotesi della omissione dolosa come quella della omissione colposa.

Concludendo, il nuovo codice è più preciso, più giusto e, in realtà, meno severo.

Certo, come già il codice abrogato, esso vuole che il sanitario si faccia ausiliario della Giustizia, quando ciò non possa nuocere al cliente. Ambedue i codici infatti fanno venir meno l'obbligo del referto, tutte le volte che questo esporrebbe la persona assistita a un procedimento penale. Vengono così conciliati nel modo migliore i due obblighi che incombono al sanitario: quello di conservare il segreto professionale e quello di non farsi favoreggiatore di un delitto.

Neanche a dirsi, su questo punto, la stampa medica francese è contraria tanto al codice liberale del 1889 quanto a quello fascista del 1930. Come può — essa dice — il sanitario giudicare se il referto esporrà o non il malato ad un procedimento penale? E in generale, come può un sanitario decidere se la malattia, che ha reclamato la sua assistenza, deriva da un fatto costituente delitto? Si richiede così al medico, al chirurgo, alla levatrice l'espletamento di indagini estranee alla propria professione e sulle quali essi possono facilmente ingannarsi.

Non vedo la gravità della obiezione. Nessuno pretende che il sanitario conduca una istruttoria penale. Si tratta per lo più di ricerche che rientrano proprio nella competenza medica: si tratta di decidere se la alterazione è prodotta da causa endogena o esogena, accidentale o volontaria, dipendente dal malato stesso o da una persona estranea. Ad ogni modo è sufficiente, che l'omissione non abbia luogo intenzionalmente, perchè il sanitario sia scusato. L'errore anche grossolano, quando sia commesso in buona fede, esclude il reato.

I medici francesi possono dunque esser tranquilli sulla sorte dei loro colleghi italiani. I quali non si scandalizzano certo affatto, come fa il *Siècle Médical* di essere considerati come ausiliari della Giustizia. « En Italie — dice meravigliato il giornale francese — le médécin est obligé d'être l'ausiliaire de la Justice ». E più oltre aggiunge « Se il medico riceve le confidenze del suo malato, egli si rende agli occhi di questo, propriamente complice dell'Autorità giudiziaria ». *Complice!* Adunque il magistrato, perseguendo i reati, commette a sua volta, secondo l'interpretazione democratica, un reato! Curiosa mentalità, che in Italia fortunatamente ignoriamo.

I medici italiani sono ben lieti di essere gli ausiliari della Giustizia. Sopratutto quanto questa alta funzione è perfettamente compatibile, come nel caso presente, con gli altri doveri del loro nobile ufficio.

ALFREDO ROCCO.

Queste osservazioni, chiare ed autorevoli, richiamano alla nostra attenzione il coordinamento delle norme che regolano la denunzia degli aborti e il referto.

L'art. 365 del Codice penale ha esteso l'obbligo del referto a qualsiasi delitto perseguibile d'ufficio: c'era una lacuna nell'art. 439 del vecchio codice; la imperfezione è stata opportunamente corretta. L'accertamento che il sanitario deve fare è obbiettivo; non richiede e non presuppone speciali indagini ed investigazioni circa eventuali aggravanti che dipendano da rapporti di parentela o da altre circostanze. Il sanitario esaminerà il fatto a lui noto e valuterà gli elementi che ne risultano, al fine di stabilire se il caso, come a lui si presenta, abbia i caratteri *di un delitto per il quale si debba procedere d'ufficio.*

Ma egli non è obbligato al referto se questo possa esporre la persona assistita a procedimento penale ».

Osserva il Ministro: « Vengono così conciliati nel modo migliore i due obblighi *che incombono al sanitario:* quello di conservare il segreto professionale e quello di non farsi favoreggiatore di un delitto ».

Questa precisa e netta dichiarazione giova a risolvere il dubbio al quale vogliamo riferirci circa gli effetti della denunzia dei casi di aborto.

Il Ministero dell'Interno, con circolare 13 settembre 1931, ha avvertito che il medico provinciale si deve valere delle denunzie degli aborti anche « per la repressione penale nei limiti segnati dall'art. 5 della legge 23 giugno 1927, n. 1070 », la quale obbliga il medico provinciale a fare denunzia, mediante rapporto, quando nell'esercizio delle sue funzioni abbia notizia di un reato per il quale si debba procedere d'ufficio.

La circolare soggiunge che il medico provinciale si deve valere della denunzia degli aborti « per qualsiasi altro scopo compatibile col carattere segreto » *di essa. Ma dell'aborto procurato,* che è delitto procedibile d'ufficio, *deve fare rapporto?*

Ecco il dubbio. A noi sembra che si debba rispondere negativamente.

La repressione severissima dell'aborto illecito non si discute: è un delitto contro la integrità della stirpe e lo Stato deve difendersene con mezzi efficaci. Ma, come ha ricordato il Ministro della Giustizia, l'art. 365 del codice penale, posteriore alla legge 23 giugno 1927, esenta il medico dall'obbligo del referto per alte ragioni di tutela della vita e della salute.

Se la denunzia *dell'aborto potesse condurre la persona assistita al procedimento penale, sia pure per via indiretta* (rapporto *del medico provinciale in base alla denunzia circostanziata) sarebbe vulnerata la eccezione all'obbligo del referto, che è invece, riaffermata dall'art. 365.*

Astrattamente si può discutere della prevalenza dell'uno o dell'altro dovere giuridico; ma coordinando le disposizioni che regolano la denunzia degli aborti (art. 5 e 9 della legge 1927) con quelle del codice penale e considerando che la denunzia è e deve rimanere segreta, è da ritenere che il medico provinciale non debba fare rapporto al fine della repressione penale.

Sarebbe utile che questo dubbio fosse superato, da autorevole dichiarazione.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

INSEGNAMENTO SUPERIORE.

In sede di bilancio.

Si è svolta, al Senato del Regno, la discussione sul bilancio del Ministero della Educazione Nazionale, su relazione dell'on. TORRACA.

Diamo un breve sunto della parte che più davvicino riguarda l'insegnamento della medicina.

Il sen. MARAGLIANO crede che tra l'esame di laurea e quello di abilitazione all'esercizio professionale debba intercedere del tempo, non di mesi, ma di anni. Occorre che anche nelle facoltà di medicina si faccia quello che è stato fatto per gli studi di ingegneria, cioè si divida tutto il tempo prescritto in una parte propedeutica e si istituisca la scuola di applicazione per la parte pratica. Il diploma di abilitazione professionale dovrebbe essere rilasciato, anzichè dal Ministero dell'E. N., da quello dell'Interno, come avviene nella maggior parte delle Nazioni.

L'on. GABBI segnala che dal 1928 ad oggi il Governo fascista ha erogato 400 milioni per l'assetto edilizio delle nostre Università, mentre in passato non s'era fatto nulla. Oggi vediamo moltissimi studenti stranieri frequentare i nostri istituti scientifici e rimanerne entusiasti. Teme che la specializzazione eccessiva possa essere dannosa. Vorrebbe ancora più curata l'educazione fisica e chiede al Ministro perchè gl'Istituti relativi non sono annessi alle Facoltà di medicina.

L'on. PAIS fa delle considerazioni relative alla Facoltà di lettere ma che hanno una portata generale. Rileva la precarietà degli incaricati e l'insufficienza degli stipendi agli assistenti. Crede che occorra stabilire un criterio unico circa le tesi di laurea. Loda la deliberazione del capo del Governo relativa all'istituzione di premi da parte dell'Accademia d'Italia, per il progresso delle scienze; ma le Accademie accordano premi che a volte sono cospicui, a volte meschini: questa materia andrebbe disciplinata.

Il sen. TORRACA, relatore, stima grave la situazione determinata da numerose cattedre senza titolare: nelle Università sono ora 280, mentre si sono banditi concorsi soltanto per 28. Al sen. Maragliano, il quale vorrebbe un maggiore intervallo tra la laurea in medicina e l'esame di Stato, osserva che il Maragliano stesso ed i suoi colleghi hanno potuto esercitare appena laureati. Non è d'accordo col sen. Gabbi nel deprezzare gli specialisti; quanto all'educazione fisica, l'Opera Balilla ha dovuto adattarsi a ciò che ha trovato, nel terreno su cui è sorta. Si associa ad alcune raccomandazioni del sen. Pais, relative alla necessità di meglio compensare gl'incaricati e gli assistenti.

Il ministro GIULIANO documenta il poderoso impulso impresso all'assetto edilizio delle nostre Università. Circa le cattedre vacanti, i 28 concorsi ora banditi dànno modo di fare altrettante terne; aggiungendovi i concorsi espletati di recente, si potranno già coprire circa cento cattedre. In questo campo si potrà avere maggiore libertà ora che si è giunti ad un accordo con la finanza circa la riduzione dei ruoli.

Si è creduto di porre un limite alla libertà di scelta, da parte degli allievi, negli esami: necessità particolarmente sentita nelle Facoltà di medicina.

Farà oggetto di riflessione le proposte del sen. Maragliano.

Il ministro ha la sensazione che tutti gl'insegnanti sentono oggi il valore delle nuova Italia, sorta dal Regime fascista; sentono la nuova cultura e la nuova scuola che l'idea fascista ha vivificato con la sua fiamma.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ARADEO (*Lecce*). — Scad. 10 giu.; 2ª cond.; lire 7480 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1000 cavalc.; età lim. 35 a.; punti agli esami di laurea; tassa L. 50,10.

ARDARA (*Sassari*). — Scad. 31 lug.; L. 9500 per 500 pov., addizion. L. 5, arm. farm. L. 1000, uff. san. L. 800; riduz. 12 %; 4 quadrienni dec.; riconoscimento serv. anter.; età lim. 45 a.; tassa lire 50,10.

BRINDISI. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Scad. 15 giu.; direttore; L. 16.000 e 2 quadrienni di L. 1000, oltre serv. att. L. 4200; riduz. 12 %; età lim 45 a.; rivolgersi al Presidente.

BUSTO ARSIZIO (*Varese*). — Con deliberazione Commissariale del 18 maggio corrente, è stato prorogato a tutto il giorno 21 giugno 1932 il termine per la presentazione delle domande per il concorso al posto di medico-chirurgo della terza condotta urbana di Busto Arsizio.

CAMPO DI TRENS (*Bolzano*). — Scad. 1° lug.; lire 7500 oltre L. 750 uff. san., addizion. L. 6 sopra il 25 % della popolaz.; 5 quadrienni dec.; 15 % stipendio iniziale per gestione armadio farmaceut.; indenn. alloggio; c.-v.; trattenute di legge; tassa L. 50.

CUORGNÈ (*Aosta*). — La R. Prefettura informa che il concorso al posto di ufficiale sanitario del Consorzio di Cuorgnè è prorogato fino al 15 settembre p. v. sotto tutti i patti e condizioni del manifesto 15 febbraio 1932.

FERRARA. *Amministraz. Provinciale.* — Scad. 10 giu.; medico aiuto del brefotrofio; L. 8000 e quadrienni dec., oltre c.-v.; età lim. 35 a.

GROSSETO. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli ed esami; posto di assistente della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio di igiene e di profilassi. Stipendio iniziale L. 9500, aumentabile di un decimo per ogni quadriennio fino a raggiungere il massimo di L. 14.250, più supplemento di servizio attivo L. 1500, indennità di alloggio L. 500 ed indennità di caro viveri, se ed in quanto dovuta, nella misura e durata degli altri impiegati della Provincia, nonchè una quota di par-

tecipazione agli introiti per contravvenzioni, analisi, ricerche ecc. Le domande, corredate dei relativi documenti, dovranno essere inviate alla Segreteria della Provincia entro il 15 luglio 1932. Richiedere avviso di concorso per conoscere le altre condizioni alla predetta Segreteria.

LA SPEZIA. *Spedale Civile Vitt. Em. II.* — Scad. 30 giu.; medico specialista di pediatria; titoli ed eventualm. esami; L. 6000 e 5 quinquenni di lire 500; riduz. 12 %; età lim. 45 a.; tassa L. 50,10. Domanda e docum. al Presidente.

LOAZZOLO (*Alessandria*). — Proroga a tutto il 19 lug.

MESSINA. *Amministraz. Prov.* — Scad. 15 giu., ore 18; assistente presso la Sez. med.-micrograf. del Laborat. Prov. d'Igiene e Profil.; L. 11.600 aumentabili e L. 2800 serv. att.; ritenute prescritte. Assistente Sez. chim.; stesse condizioni. Chiedere annunzio.

MESTRE (*Venezia*). *Ospedale Civile.* — A tutto 15 giu.; medico chirurgo assistente; assegni e compartecipazioni regolamentari.

MIGGIANO (*Lecce*). — Scad. 15 giu.; per Montesano; L. 8360 e 5 quadrienni dec.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

MIGNANEGO (*Genova*). — Scad. 30 giu., ore 17; L. 8400 e 10 bienni ventes., oltre L. 500 se uff. san., L. 300-600-1400-3000 trasp., L. 300 ambulat. al proprio domicilio; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; doc. a 3 mesi dal 25 apr.; tassa L. 50,10; serv. entro 15 gg.

PARTANNA (*Trapani*). — Scad. 13 giu.; rivolgersi Segreteria com.

PORLEZZA (*Como*). — Scad. 15 giu., ore 18; 1ª condotta del Consorzio medico tra i Comuni del Circolo Ospedaliero di Valsolda; doc. a 3 mesi dal 10 mag.; L. 9000 oltre L. 1200 trasp., L. 500 ambulatorio, L. 1100 se uff. san.; decurtaz. 12 %. Chied. annunzio.

PORTOMAGGIORE (*Ferrara*). — Scad. 25 giu.; 5ª cond.; L. 9500 e 5 quadrienni dec.; assegno complementare L. 2340 se celibe, L. 2700 se ammogl.; L. 2500 trasp.; addizion. L. 3 sopra i 1000 pov.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

REGGIO CALABRIA. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli scientifici e pratici. Un posto di medico primario e tre posti di medico di Sezione dell'Ospedale Psichiatrico Provinciale. Età richiesta: minima di anni 21; massima di anni 35, prorogata a 40 anni per gli ex combattenti; per i dipendenti da altre Amministrazioni Provinciali non sarà tenuto conto dei limiti di età. Da esibire, entro il 20 giugno p. v., i consueti documenti di rito, e la prova, per il concorrente al posto di medico primario, di aver prestato servizio in manicomi od in cliniche psichiatriche per non meno di un biennio. Per il primario: stipendio annuo L. 16.700, aumentabile a L. 17.500 dopo quattro anni di servizio ed a L. 18.000 dopo otto anni; L. 3700 all'anno per supplemento di servizio attivo. Per gli altri: stipendio annuo L. 14.400, aumentabile a L. 15.000 dopo quattro anni di servizio, a L. 15.900 dopo otto anni ed a L. 16.700 dopo dodici anni; L. 3000 all'anno per supplemento di servizio attivo. Per maggiori chiarimenti rivolgersi all'Amministrazione Provinciale di Reggio Calabria.

ROMA. *Ministero delle Comunicazioni* (*Ferrovie dello Stato*). — Concorsi per titoli ai seguenti posti di Medico di riparto: Aquila I, Falconara II, Popoli, Vasto (Ancona); Gonzaga Reggiolo, Legnago I (Bologna); Bozzolo, Legnano, Brescia I (Milano); Capua (Napoli); Bagheria, Marausa, S. Stefano di Camastra, Salaparuta (Palermo); S. Lucido, Amantea II, Nicotera I (Reggio Calabria); Torchiara (Salerno); Ceprano I, Arsoli (Roma); Bassano del Grappa, Carmignano di Brenta (Venezia). Inviare domanda e richiedere informazioni ai rispettivi Ispettorati Sanitari (indicati fra parentesi). Scadenza ore 17 del 20 giugno 1932-X.

ROMA. *Pio Istituto di S. Spirito e Ospedali Riuniti.* — Scad. 10 giu.; 6 aiuti chirurghi; L. 7300 ridotte 12 %; c.-v.; età lim. 35 a.; tassa L. 50; rivolgersi Segreteria generale.

ROMA. *R. Prefettura.* — Al 10 lug., ufficiali sanitari di Gaeta e consorzi di Frascati, Montecompatri, Monteporzio Catone, Marino, Grottaferrata, Castelgandolfo, Roccadipapa, Palestrina, Zagarolo, Cave, Roccadicave e Castel San Pietro Romano; L. 12.000 per ogni posto, oltre L. 500 indennità complementare per ogni Comune al Capo Consorzio; 5 quadrienni dec.; deduz. 12 %; tassa lire 50,10. Titoli ed esami. Divieto libero eserc. profess. Rimborso spese trasp. oltre i 3 Km. Per concorrere a più di un posto, presentare distinte domande e quitanze pagamento tassa.

SACILE (*Udine*). — Scad. 31 lug.; 2º reparto; lire 8000 e 6 quadrienni dec., L. 1000-1500-3000 trasp., L. 500 serv. att., L. 420-1200 c.-v.; riduz. 12 %; età lim. 45 a.; tassa L. 50; certificato punti esami speciali e di laurea.

SALERNO. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli ed esami. Posto di assistente presso la Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale d'igiene e profilassi. Stipendio L. 9500, aumentabile al massimo di L. 11.600; supplemento di servizio attivo L. 2100; aggiunta di famiglia secondo le norme vigenti per gli impiegati statali: il tutto al netto delle ritenute di legge. Titolo di studio: diploma di abilitazione all'esercizio della professione di medico-chirurgo o diploma di laurea in medicina e chirurgia, conseguito entro il 31 dicembre 1925 da coloro che si trovino nella condizione di cui all'art. 6 del R. D. 31 dicembre 1923, n. 2909. Età massima: anni 35, salvo il disposto dell'art. 42 del R. D. 30 settembre 1922, n. 1290. Termine utile per la presentazione delle istanze e documenti prescritti dal R. D. 16 gennaio 1927, n. 155: otto luglio 1932. Programmi e norme di esami giusta R. D. 9 maggio 1927.

S. PAOLO ALBANESE (*Potenza*). — Scad. 31 lug.; L. 6160 già ridotte 12 %; 6 quadrienni di L. 513,30; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

SCANSANO (*Grosseto*). — Direttore dell'Ospedale Civile. Stipendio e indennità alloggio al netto di ogni ritenuta L. 11.923,20. Stipendio per direzione Padiglione Antitubercolare, da stabilire. 50 % Operazioni paganti; 20 % Ambulatorio. Età massima 40 anni. Nessun limite per direttore Ospedale in carica. Scadenza 30 giugno. Documenti di rito e vaglia di L. 50 alla Congregazione di Carità di Scansano. Schiarimenti presso la Congregazione stessa.

VALLEDOLMO (*Palermo*). — Scad. 90 giorni dal 30 apr.; L. 9000 e 5 quinquenni dec.; ritenute e diminuzioni di legge; addizion. L. 3 oltre 1000 pov.; tassa L. 50.

VENEZIA. *Ospedali Civili Riuniti.* — Scad. 31 mag., ore 17; medici chirurgi assistenti straordinari; L. 3915 per i celibi e L. 4275 per i coniugati; diminuente del 12 %; titoli ed esami; tassa L. 50 al Tesoriere; età lim. 30 a.; doc. a 3 mesi dal 10 mag.; serv. entro 15 gg.

ZARA. — Direttore della Sezione Medico-Micrografica, direttore della Sezione Chimica, coadiutore per tutte e due le Sezioni del Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi. Il concorso è prorogato al 12 luglio p. v. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria dell'Amministrazione Provinciale di Zara.

CROCIERA POLARE ECONOMICA TURISTICA. — Si fa noto che si sta organizzando una gita nelle regioni polari, per il prossimo agosto. Si visiteranno i fiords norvegesi e il Capo Nord e si raggiungerà lo Spitzbergen, dove alla baia della Maddalena e alla baia del Re, De Pinedo, Nobile e Amudsen stabilirono le loro stazioni per la scoperta del Polo. Si raggiungerà anche la banchisa, il ghiacciaio polare oltre l'81 parallelo.

Il viaggio riuscirà quanto mai interessante per le particolari vedute, i paesaggi, i panorami ecc. Il piroscafo è un transatlantico della Amburgo-America, a classe unica, senza etichetta, e presenta tutto il conforto di bordo. La spesa si aggira sulle L. 2.500, con partenza e ritorno ad Amburgo, escluse le escursioni facoltative che pure sono a molto buon prezzo. Per ulteriori informazioni scrivere: dott. prof. Quattrociocchi, piazza S. Luigi dei Francesi 34, Roma.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

La Facoltà medica di San Paolo (Brasile), ad unanimità, ha confermato a vita il prof. Alfonso Bovero, direttore dell'Istituto di anatomia umana normale in quella Università. La nomina è significativa, poichè, salvo casi d'eccezione, nel Brasile gl'insegnanti universitari si assumono solo con impegni quadriennali. L'annunzio venne recato dal preside, prof. Sergio Meira jun., ad una festa organizzata da antichi allievi in onore del Bovero. Questi si è formato a Torino, presso Giacomini e Fusari; è titolare della cattedra dal 1914.

Sono stati nominati grandi ufficiali della Corona d'Italia: il prof. Uberto Arcangeli, già primario medico nell'Ospedale Policlinico Umberto I di Roma; Andrea Maiocchi, primario chirurgo nell'Ospedale Maggiore di Milano e incaricato dell'insegnamento di semeiotica chirurgica in quell'Ateneo. Sentiti rallegramenti.

La medaglia d'oro al merito clinico della Fondazione Baccelli è stata conferita al prof. Tommaso Lucherini, primario medico negli Ospedali di Roma. La Commissione era composta dai proff. Frugoni, Zeri, Baglioni, Bonanni, Serono. Rallegramenti cordiali.

Il gen. med. Giuseppe Massarotti, ispettore di Sanità Militare al Ministero della Guerra, è stato decorato della medaglia mauriziana al merito militare per compiuti dieci lustri di lodevole servizio.

Il prof. Teodoro Morisani, libero docente nella R. Università di Napoli, è nominato preside del Rettorato Provinciale di Napoli, del quale è stato per un biennio vice-preside.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da La Spezia.

Conferenza del Prof. Jader Cappelli sulla "radioterapia del cancro".

La conferenza è stata tenuta nell'Aula Magna dell'Ospedale Civile della Spezia per invito della Presidenza della locale Sezione della Lega Italiana contro il cancro; opera voluto e attuata dalla tenace e fattiva volontà del gr. uff. prof. Rinaldo Cassanello, chirurgo primario e direttore del nostro ospedale.

Erano presenti S. E. il Prefetto, il Podestà, il Segretario Federale, il Direttore dell'Ospedale di Marina, moltissimi Sanitari della Città e Provincia ed un numeroso ed eletto stuolo di gentili signore e di cittadini.

L'oratore ufficiale, direttore dell'Istituto Fotoradioterapico « C. Pellizzari » della R. Università di Firenze, era accompagnato dal dott. Mario Scopesi, suo valoroso assistente, al quale è affidato il trattamento dei malati cancerosi dell'Ospedale Civile di La Spezia.

* * *

Il prof. Cassanello, presidente della Sezione spezzina della Lega Italiana contro il cancro, ha presentato, con brevi e nobili espressioni, il conferenziere.

Il prof. Cappelli, dopo aver ringraziato il prof. Cassanello per il cortese invito rivoltogli, ha descritto a larghi tratti la figura nosologica del cancro accennando a tutti i vari generi di ricerche che sono state condotte per indagarne l'intima natura, ricerche che fino ad oggi hanno permesso di conoscerne nei più fini dettagli l'individualità clinica ed istologica, ma non hanno consentito di definirne la vera causa, sempre necessaria e sufficiente al suo determinismo. Per questo non è consentito fino ad oggi una difesa preventiva specifica basata su direttive sicure. Il mezzo di lotta è oggi imperniato sulla precocità della diagnosi e dell'intervento terapeutico; per ora, in attesa di una veramente efficace terapia biologica, è affidata alla chirurgia ed alla radioterapia. Dopo avere ricordato tutte le benemerenze dell'arte chirurgica, dimostra quale prezioso ausilio abbiano portato la scoperta e le applicazioni dei raggi Roentgen e del « Radium », trattenendosi sulle proprietà fisiche di questo prezioso elemento e le azioni svolte dalle sue radiazioni sui tessuti viventi; sulle modalità della loro azione elettiva nei tumori ed in particolare nel cancro.

Accenna alle direttive tecniche e descrive i risultati vari che si ottengono nelle varie localizzazioni.

Completa le sue osservazioni con numerose e dimostrative proiezioni di malati trattati.

L'O. chiude la dotta conferenza auspicando la più volenterosa collaborazione tra biologi, medici chirurgi e radiologi, onde avvicinarsi sempre più alla soluzione del grande problema del cancro e rendere così più efficaci nel presente e nell'avvenire le previdenze e provvidenze sanitarie che costituiscono uno dei titoli più alti e più nobili del Governo Nazionale.

A. S.

NOTIZIE DIVERSE.

Pneumothorax artificialis.

L'Associazione Internazionale « *Pneumothorax Artificialis* » è stata fondata nel 1912 da alcuni discepoli di Carlo Forlanini, con lo scopo di agevolare la diffusione della collassoterapia e di creare fra i medici pratici cultori del metodo, legami di ordine pratico e scientifico; infine di fornire periodicamente agli ammalati una lista dei medici che praticano il pneumotorace.

Attualmente la situazione è cambiata e il pneumotorace è praticato in tutti i paesi del mondo da un grande numero di medici. Da ciò l'opportunità e l'interesse di ricostituire l'Associazione assegnandole uno scopo un po' differente.

Così si troveranno nel Bollettino periodico dell'Associazione, a fianco dell'elenco aggiornato dei medici e degli Istituti specializzati per la cura della tubercolosi, cenni di bibliografia dei principali lavori consacrati alla collassoterapia di ciascun paese, come pure le comunicazioni inviate dagli aderenti sulle attualità scientifiche, l'istrumentario, i nuovi metodi di tecnica, i Congressi e tutto ciò che costituisce in grandi linee l'attività collassoterapica mondiale.

Contemporaneamente, l'Associazione si propone di collaborare alla sottoscrizione internazionale per l'erezione a Roma di un monumento a Carlo Forlanini. L'iniziativa di detta sottoscrizione è stata presa dalla VI Conferenza internazionale della tubercolosi, a Roma, e sanzionata dalla Conferenza di Oslo, nel 1930. I medici di tutto il mondo, nonchè i malati che sono stati beneficiati dalla scoperta di Carlo Forlanini, sono in dovere di rendere questo omaggio in segno di riconoscenza a colui che fu tra i migliori benefattori dell'umanità.

La quota annuale per i signori medici aderenti è di L. 15 da inviarsi al segretario generale prof. dott. Umberto Carpi, via A. da Giussano 18, Milano (126).

Le sottoscrizioni per il monumento a Carlo Forlanini possono essere inviate al segretario generale della « Federazione Nazionale Fascista per la lotta contro la Tubercolosi », via Nazionale 172, Roma.

Nell'O. N. maternità e infanzia.

Il R. Commissario avv. Sileno Fabbri ha disposto una riforma relativa all'organizzazione e al funzionamento degli organi locali dell'Opera. Ce ne occuperemo in un prossimo numero.

All'Accademia d'Italia.

Si sono riunite, in adunanza ordinaria, le classi della Reale Accademia d'Italia.

Nella classe di scienze fisiche, matematiche e naturali l'accademico Bottazzi ha presentato il primo volume delle opere di Lazzaro Spallanzani, edite sotto gli auspici dell'Accademia d'Italia e in cui la mole imponente dei contributi scientifici di questo grande fisiologo italiano viene raccolta e coordinata. La classe ha, poi, esaminate e discusse alcune proposte relative al tema per la Fondazione Volta e preso atto delle relazioni presentate da vari membri sopra memorie e proposte inviate in esame.

L'Accademia, riunita in adunanza generale, ha espresso il suo compiacimento per la nomina del presidente Marconi a socio dell'Accademia nazionale delle scienze di Washington. Il Segretario generale ha presentato il primo volume della nuova edizione degli scritti di Lazzaro Spallanzani.

Al Consorzio provinciale antitubercolare di Roma.

L'Istituto « Luce » ha eseguito la cinematografia delle opere cui il Consorzio provinciale antitubercolare di Roma ha dato vita nel corso di un biennio. La visione cinematografica è stata proiettata nel Palazzo della Provincia; vi assistevano alte autorità, tra cui il ministro Bottai, il sen. Cremonesi, l'on. Morelli, il dott. Basile, il gen. Stocco, il comm. Cruciani Aliprandi, il prefetto Montuori, il vice-prefetto Ciampani, il prof. Pecori, il principe Chigi ecc.; era anche presente un elettissimo gruppo di Signore. Il presidente del Consorzio, don Piero Colonna, pronunziò un breve discorso per ringraziare gl'intervenuti ed illustrare la documentazione cinematografica.

24° Congresso belga di medicina del lavoro.

La « Fédération Médicale Belge » e l'« Union Médicale de Mons et Environs » organizzano il 26° congresso belga di medicina professionale a Mons, per i giorni 9-11 luglio.

I dottori Cibrie e Hilaire, l'uno segretario generale e l'altro segretario aggiunto della « Confédération des Syndacats Médicaux Français », esporranno in questo congresso il risultato di un anno e mezzo di collaborazione medica alle leggi per le assicurazioni sociali in Francia.

Corsi di perfezionamento.

Un corso di perfezionamento in chirurgia oto-rino-laringologica sarà tenuto presso la Facoltà medica di Strasburgo, sotto la direzione del prof. Georges Canuyt, dal 21 al 31 luglio. Per informazioni rivolgersi al direttore del corso, Nouvelle Clinique Oto-Rhino-Laryngologique, Hôpital Civil, Strasbourg, Francia.

È stato pubblicato il programma del 3° corso teorico-pratico di elio-talassoterapia, che si terrà al Lido di Venezia, sotto la direzione del prof. Giulio Ceresole, dall'11 al 18 giugno. Tassa d'iscrizione per laureati e laureandi L. 50, per assistenti sanitarie L. 30. È stata convenuta, con l'Hôtel Wagner di Lido, la pensione completa per L. 24 al giorno.

Per informazioni rivolgersi al direttore del corso, Ospedale al Mare, Lido di Venezia.

Un corso di perfezionamento in clinica oftalmologica è annunziato per i giorni 17-29 ottobre, presso la Facoltà medica di Bordeaux, sotto la direzione del prof. Teulières. Tassa d'iscrizione 300 franchi; le iscrizioni si ricevono presso la segreteria della Facoltà. Per informazioni rivolgersi al direttore del corso, Clinique opthalmologique de l'Hôpital Saint-André, Bordeaux, Francia.

Nei giorni 30-31 luglio e 1° agosto 1932 si terrà presso la Clinica Oto-Rino-Laringoiatrica della R. Università di Perugia, diretta dal prof. Giorgio Ferreri, un breve corso sulla « Chirurgia della tonsilla » con esercitazioni pratiche sui moderni metodi di tonsillectomia (chirurgica ed allo Sluder).

La tassa d'ammissione è di L. 250; per informazioni dirigersi alla R. Clinica Oto-Rino-Laringoiatrica, Perugia. Verrà rilasciato un certificato.

Onoranze al sen. Bastianelli e al prof. Arcangeli.

Il 19 maggio, nel grande salone dell'Accademia Medica di Roma al Policlinico Umberto I, si è svolta la solenne cerimonia per la consegna delle medaglie d'oro di benemerenza agli eminenti primari ospedalieri prof. Raffaele Bastianelli, senatore del Regno e prof. Uberto Arcangeli. A questa simpatica manifestazione di riconoscenza ha partecipato l'intera famiglia sanitaria romana.

Il prof. Raffaele Bastianelli, ha parlato del prof. Uberto Arcangeli, il quale da quarantacinque anni presta senza interruzione l'opera sua negli ospedali riuniti.

Il prof. Galli, direttore del Policlinico, ha parlato delle benemerenze, dell'alta opera scientifica e clinica del sen. Bastianelli — il quale era riuscito, prima d'ora, a sottrarsi a tali onoranze.

Il gr. uff. Spano presidente degli ospedali riuniti, ha consegnato, dopo brevi parole di saluto, ai proff. Bastianelli e Arcangeli, le due grandi medaglie d'oro che recano lo stemma antichissimo di Santo Spirito.

Il prof. Agostino Carducci, presidente della scuola medica ospitaliera di Roma, per il comitato ha offerto al prof. Arcangeli le sue opere riccamente legate in volume.

Aggiunsero efficaci parole di ringraziamento i due festeggiati: il discorso del prof. Arcangeli fu nutrito di richiami personali; il discorso del prof. Bastianelli fu di un brio e di una vivacità che destarono la più grata impressione.

Pervennero numerose adesioni.

Onoranze al dott. G. Basile.

Il Comitato ordinatore del 9° Congresso medico siciliano, interpretando l'unanime desiderio dei sanitari dell'Isola, aveva predisposto la consegna di una medaglia d'oro al gr. uff. dott. Gaetano Basile, direttore generale della Sanità pubblica, per onorare il conterraneo, assunto dal Regime ad uno dei posti di comando e di responsabilità e quale espressione dell'alta stima e dell'affetto che lo circondano.

L'assenza del dott. Basile non ha consentito di tributargli le onoranze progettate e perciò il presidente del Congresso, on. prof. Muscatello, rimise la medaglia al segretario del Sindacato medico nazionale, on. Morelli, affinchè questi si compiacesse di recarla e farne omaggio al Basile.

La consegna è stata effettuata il 20 maggio, nei locali della Sanità, alla presenza del personale. La modestia del Basile non ha permesso di dare maggiore sviluppo alla cerimonia, la quale ha assunto carattere di cordiale intimità.

Onoranze al prof. Pianese.

Nella sede dell'Associazione Napoletana dei medici e naturalisti è stata festeggiata la nomina del prof. Giuseppe Pianese ad accademico d'Italia. Per desiderio del festeggiato la cerimonia ebbe carattere intimo. Gli è stata offerta una pergamena con le firme di tutti i soci.

Parlarono, tra gli altri, i proff. Gianturco e D'Arrigo.

Volume giubilare del prof. Roger.

Al momento in cui il prof. Henri Roger, che a lungo fu decano della Facoltà medica di Parigi, ebbe a lasciare la cattedra di fisiologia, i suoi allievi espressero il desiderio d'intraprendere la pubblicazione di un volume giubilare, composto unicamente di loro scritti, il quale gli sarebbe stato offerto come attestazione di affetto e di riconoscenza. Il volume è quasi ultimato: conterrà 43 lavori e risulterà di circa 240 pagine. Il prezzo di sottoscrizione è di 100 franchi. Inviare le quote al tesoriere, sig. Georges Masson (boulevard Saint-Germain 120, Paris 6e; compte chèques postaux: Paris 599).

Cinquantenario della scoperta del pneumotorace.

Nell'Istituto Lombardo di Scienze e Lettere il prof. Devoto, in occasione del cinquantenario della scoperta e del perfezionamento, da parte di Carlo Forlanini, del pneumotorace terapeutico per combattere la tubercolosi polmonare, ha illustrato l'importanza dell'intervento, sia nel campo terapeutico, che in quello sociale e in quello economico.

È quindi seguìta la lettura di varie comunicazioni su altri argomenti scientifici e su argomenti storici.

Le lotterie per il finanziamento degli ospedali irlandesi.

L'ultima lotteria per il finanziamento degli ospedali irlandesi ha reso più di tutte le precedenti: la vendita dei biglietti ha fatto introitare più di 300 milioni di lire it., di cui 80 milioni costituiscono l'utile netto, che va ripartito tra 51 ospedali. Ciò segna un aumento di 10 milioni d'utile sull'anno precedente. Quasi tutto questo denaro viene da fuori l'Irlanda. Si sono sollevate delle critiche su tale procedimento per procurarsi dei fondi; ma esso consegue tanto successo, che non si pensa menomamente a smettere. Anzi, si spera di poter dotare gli ospedali in modo da renderli finanziariamente indipendenti; a tale scopo si richiederebbe poco più di 1 miliardo di lire, mentre le lotterie hanno dato fin'ora circa 300 milioni. Qualche tempo addietro un giornale irlandese chiedeva, in tono scherzevole, se non fosse opportuno di finanziare allo stesso modo tutti gli altri servizi sanitari. L'idea ha preso piede. Così il sindaco di Dublino ha espresso la speranza che gli amministratori della lotteria ospedaliera concorrano a risolvere il problema delle abitazioni malsane di Dublino. Il prof. H. Moore, clinico medico di Dublino, esprime l'augurio che si destini una piccola percentuale degli introiti a promuovere le ricerche scientifiche nel campo medico, le quali ora sono quasi paralizzate dall'insufficienza dei mezzi: egli considera che un capitale equivalente a 20 milioni di lire it. sarebbe adeguato a risolvere l'attuale crisi delle ricerche mediche.

Elargizioni e legati.

Il comm. Edoardo Morandi e il cav. uff. Gervasoni, di Clusone, hanno versato, a titolo di oblazioni, L. 25.000 ciascuno in favore dell'Ospedale Maggiore di Milano, con destinazione alle spese di costruzione del nuovo grandioso Nosocomio.

Per i medici coloniali.

Si è discusso, al Senato del Regno, il bilancio del Ministero delle Colonie. Vivi elogi sono stati rivolti, nella relazione, ai medici militari coloniali. Il ministro De Bono, si associò a questi elogi ed invitò il Senato ad inviare un voto di plauso a questi sanitari, « i quali rappresentano in Colonia la Patria sotto forma di provvidenza » e « che sono di fondamentale ausilio all'opera del Governo ».

Una commemorazione di Baldo Rossi.

L'Accademia medica lombarda, in occasione del trigesimo della morte del suo compianto socio effettivo prof. sen. Baldo Rossi, ha incaricato della commemorazione dell'illustre chirurgo il pro. Giovanni Castiglioni.

La cerimonia ha avuto luogo nel salone della sede dei Sindacati dei professionisti. V'intervennero il prefetto gr. uff. Fornaciari, altre autorità, moltissimi medici.

Un medico aggredito.

Il prof. Luigi Insabato, reputato alienista di Bari, mentre usciva dalla propria abitazione è stato aggredito da uno squilibrato, che egli aveva avuto in cura nella sua casa di salute. L'Insabato riuscì a ridurre l'aggressore all'impotenza ed a consegnarlo agli agenti della forza pubblica. L'arrestato dichiarò che il sanitario, quando lo tenne in cura, gli aveva somministrato iniezioni velenosissime e che, prima di morire avvelenato, aveva inteso di vendicarsi.

Nozze d'oro di un medico.

Il dott. Pietro Gandolfi, 83enne, che dal 1876 è medico condotto di Costemaggiore (Piacenza) ed è il più vecchio medico condotto d'Italia in attività di servizio, ha celebrato le nozze d'oro con la sig.ra Serafina Pramaggiore, che conta 82 anni. Augurî.

Il cinema parlato per l'insegnamento chirurgico.

Il prof. Gosset ha presentato all'Accademia di Medicina di Parigi una cinematografia parlata a servizio dell'insegnamento chirurgico: rappresenta un'operazione di appendicite, illustrata e commentata: costituisce una lezione-tipo di tecnica e di pratica chirurgica, utilissima come introduzione alla clinica. È preceduta da schemi che tracciano la tecnica nelle grandi linee.

350° anniversario dell'Università di Wurzburg.

L'Università della piccola e bella città bavarese festeggia ora il 350° anniversario della sua fondazione.

È un centro di studi essenzialmente medico; tra i maestri ha contato von Bergmann, Virchow, Roentgen, ecc.

Cliniche e laboratori sono in via di ricostruzione alle porte della città.

Corso per assistenti sanitarie.

Presso la Scuola-Convitto « Nani » degli Ospedali Civili Riuniti a Venezia, sono aperte le iscrizioni al Corso per il conseguimento del diploma di assistenti sanitarie. Esso si inizierà il 1° giugno e terminerà entro l'ottobre. (L'annunzio ci è giunto troppo tardi per darne più tempestiva notizia).

Il prof. GUSTAVE GRATIA, morto in età di 77 anni, ha diretto per molti anni la scuola statale di medicina veterinaria di Cureghem, nel Belgio. Aveva conseguito la laurea in scienze naturali, in veterinaria e in medicina, sempre brillantemente; egli costituiva così una illustrazione dei rapporti che dovrebbero esistere tra queste discipline.

Ha compiuto importanti ricerche di anatomia, parassitologia, terapia, fisiologia, teratologia e sulle malattie infettive. Hanno fatto epoca i suoi studi sull'unità fondamentale del bacillo della tubercolosi; questa tesi, in contrasto con quella di Koch, ha finito per essere generalmente accolta.

P.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XXXIX | Roma, 6 Giugno 1932 - X | Num. 23

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI
Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LEZIONI.

SCUOLA DI MEDICINA PRATICA A. MINICH DELL'OSPEDALE CIVILE DI VENEZIA

Stenosi mitralica a forma emoftoica.

LEZIONE DEL PROF. G. JONA, medico primario.

Bott. Attilio, di a. 29, meccanico.

Entra in Ospedale il 23 dic. 1931.

Padre morto di meningite c.-spinale, madre pare, di tubercolosi intestinale: un solo fratello, vivente e sano.

Il paziente godette ottima salute fino ai 18 anni; dagli otto anni in su, si occupò in lavori faticosi che sostenne sempre, senza sofferenza alcuna.

Buon mangiatore e fumatore, non beve vino nè alcoolici. Non contrasse alcuna malattia venerea. È celibe.

Nel 1919 fu malato di *spagnola*, durante la grave epidemia post-bellica. Stette a letto un mese.

Nell'ottobre 1922 entrò in questa Divisione perchè da un mese soffriva di dispnea, se si sottometteva a qualche sforzo:

Uscì dopo un mese con diagnosi di vizio mitralico e ritornò dopo quattro mesi (marzo 1923) perchè colto da improvvisa emoftoe.

Uscì nuovamente dopo una ventina di giorni, ma da allora ad oggi i suoi reingressi in Ospedale furono frequentissimi, determinati quasi ogni volta dal rinnovarsi dell'emoftoe, per lo più cospicua, a *sbocco*, da superare perfino il litro. Le sue degenze non furono mai lunghe, perchè cessata l'emoftoe, malgrado le non grandi energie, desiderava riprendere un qualche lavoro. Quasi ogni volta presentava, dopo l'emoftoe, persistenza di un po' di tosse e catarro. Per la prima volta, nell'agosto del 30, dopo un viaggio disagiato a Lourdes, si presentò all'Ospedale con edemi agli arti inferiori.

L'esame dello sputo pel bacillo di Koch, ripetuto più volte, ad ogni degenza, fu costantemente negativo: le orine sempre normali. La reazione di Wassermann, nel sangue, praticata pure più volte, fu sempre negativa.

Uscì ogni volta con diagnosi di vizio mitralico.

Ora viene perchè (uscito volontariamente pochi giorni fa, dalla Casa di Ricovero ove era stato collocato quale cronico inguaribile) è stato ripreso da sputo sanguigno, e da persistente dispnea e gonfiore ai piedi.

E. O. Soggetto di costituzione scheletrica piuttosto lungilinea, con nutrizione e sanguificazione discreta. Sub-cianosi delle labbra. Lieve edema al collo dei piedi.

Al collo. Giugulari leggermente rigonfie, ondulanti, valvole tese.

Torace. Dispnea modica, a tipo asmatico; respiro 12 con espirio prolungato, non pausa respiratoria.

Accusa dolore spontaneo in reg. parailare sin., su una zona rettangolare estesa fra la 2ª e la 5ª v. dorsale. Ivi la pressione è fortemente dolorosa.

Il torace ben conformato si espande uniformemente, un po' scarsamente.

Ipofonesi netta nella zona parailare sin. suddescritta. Lieve smorzamento alle due basi; margini polmonari non abbassati, poco espansibili; ronchi, e grosse e medie bolle alquanto diffuse alle due basi nelle parti ime, bolle più sottili, eguali, in- ed e-spiratorie, consonanti. Apici ad altezza uguale, non abbassati.

Cuore: punta in 5° spazio 1 cm. all'interno della mammillare. Itto diffuso verso l'epigastrio.

Area card. a D. oltrepassa 1 cm. la linea marg. D. stern.: a sin. misura 7 cm. a s. della marg. sin. in III spazio; 6 cm. in IV spazio.

1° tono soffiante alla punta; il soffio non sostituisce completamente il tono, si sente preferibilmente in sede anatom. della mitrale e verso la base, poco all'ascella.

2° tono nettamente rinforzato alla base.

Polso 96 al m' aritmico, ipoteso; press. M. 90, m. 50 al Pachon.

Addome: trattabile indolente.

Fegato: alla 5ª costa in alto; in basso a circa 2 cm. dall'arco; margine un po' arrotondato, liscio, soffice, indolente.

Milza: il bordo non si palpa.

Orine: scarse, un po' cariche, p. sp. 1017 acide. Alb. gluc. assenti.

Ric. del bacillo di Koch nello sputo, negativo.

Reazione di Wassermann nel sangue: negativa.

Cuti-reazione tubercolinica: negativa.

Come udiste, abbiamo dinanzi un malato, giovane, di buona costituzione originaria ripetutamente emoftoico, presentemente catarroso e dispnoico, sempre apiretico, con un reperto toracico importante, a carico del cuore, e polmoni; e dobbiamo stabilire il giudizio diagnostico. Lo fonderemo su questi tre ordini di fatti:

1) Quelli che risultano dalla storia del malato o che costituiscono un criterio razionale di natura e di evoluzione del morbo.

2) Quelli che sono i dati dell'esame somatico odierno.

3) I dati radiologici.

1° Il nostro malato presenta da 10 anni una qualche tendenza alla dispnea da sforzo e, sopratutto, una serie di accidenti emoftoici, spesso assai gravi, che si ripetono a distanza di uno a più mesi, specialmente dopo periodi di fatica e che hanno costituito la causa quasi esclusiva dei suoi frequentissimi ritorni all'Ospedale.

Per lunghi anni, superata la crisi emoftoica, il malato riprende il lavoro, senza essere molestato nè da dolori nè da tosse e catarro. Egli è costantemente apiretico, anche durante e dopo gli accidenti emoftoici.

Solo da un anno ha cominciato ad essere abitualmente dispnoico, e mentre prima non entrava in Ospedale che per una insorgenza emoftoica, ora entra per l'astenia e l'affanno.

E in uno degli ultimi ingressi, dopo la fatica di un viaggio disagiato a Lourdes, entra con edemi dei piedi e delle gambe che cedono al riposo.

Frattanto, si stabilisce nettamente colla dispnea, uno stato catarrale cronico delle vie respiratorie: lo sputo è muco-purulento, non molto copioso, ma di tratto in tratto sono emessi sputi sanguigni, a stampo nummulare, oscuri.

La ricerca del bacillo di Koch è in essi costantemente negativa, come lo fu sempre nel passato nel sangue dell'emottisi, o del poco catarro che vi seguiva per brevissimi giorni e che poi cessava del tutto.

Il decorso morboso del nostro paziente si può dunque distinguere in due periodi: il primo, lunghissimo, caratterizzato da crisi emoftoiche, il secondo più recente, caratterizzato da dispnea e catarro (i quali si sono andati cronicizzando), e da edemi transitori.

Il lunghissimo andamento (10 anni) e la nettezza dei dati storici, ci permettono di ragionare, a scopo diagnostico, già sopra questi elementi.

Dieci anni di crisi emoftoiche ci pongono di fronte ai vari processi cronici che possono determinarla: tubercolosi, sifilide, bronchiectasie, neoplasma, cardiopatie.

Il neoplasma si esclude per la stessa lunghezza del decorso, in assenza di fatti di cachessia.

Contro la sifilide sta l'anamnesi completamente negativa; e la reazione di Wassermann più volte negativa.

La tubercolosi pure apparisce ben poco probabile, anzi, direi, da escludersi, quando si pensi che il processo fu sempre e completamente apiretico, che non si trovò mai il bacillo di Koch negli sputi, che la cuti-reazione fu negativa, anche recentemente; che il catarro delle vie respiratorie non si stabilì che dopo anni dall'inizio del quadro emoftoico.

Contro la bronchiectasia, sta l'assenza di vomiche, anzi l'assenza, per periodi lunghissimi, di ogni secrezione bronchiale.

Resta l'origine cardiopatica, la quale si attaglia benissimo alle successive fasi del nostro malato, quando si ammetta (per ora, in via di ipotesi) che la cardiopatia in causa, sia quella più squisitamente emotizzante (la prima quindi a cui dobbiamo pensare nel caso attuale) e cioè *la stenosi mitralica.*

Entra nel quadro della stenosi mitralica la possibilità ben nota, di rivelarsi per lungo tempo, solo colle ricorrenti emottisi, le quali si verificano, in questo periodo, non per fatti

di vero scompenso, ma per la grande tensione che si stabilisce nel circolo polmonare.

Si adatta ad una cardiopatia, in generale, il fatto che dopo i periodi di latenza, si manifesti, ora bruscamente, ora lentamente, lo scompenso; ed è frequente che lo scompenso si manifesti, primitivamente (e talora, per un tempo più o meno lungo, esclusivamente) nel campo respiratorio, colla dispnea, e col catarro da stasi, e poi, intermittentemente, sotto maggiori sforzi, cogli edemi, col turgore epatico, precisamente come nel nostro malato.

È pur naturale che il processo sia costantemente apiretico.

È conforme pure all'andamento della stenosi mitralica a forme emoftoica, che essa dia due tipi di emottisi: l'una a grande sbocco (forse più spesso nel primo periodo) per rottura di un vaso della polmonare sotto pressione (e forse già preso, come vogliono per questi casi Laubry e Thomas, da un'arterite in evoluzione); l'altra tardiva, piccola, nummulare, sotto l'azione della stasi cronica, del processo indurativo, dei piccoli infarti che si stabiliscono nel territorio polmonare; e tutto ciò corrisponde ancora agli eventi succedutisi nel nostro malato.

Così, sia per esclusione, sia per criteri diretti, la storia del malato ci porta a un giudizio di probabilità di stenosi mitralica.

Non è contrario alla buona clinica un procedimento di questa natura, vale a dire la ricerca di un criterio diagnostico preciso sul fondamento anamnestico: quando una storia morbosa è sufficientemente lunga e quindi sufficientemente evoluta, quando i dati storici raccolti ci lasciano tranquilli sulla loro veridicità ed esattezza, essi costituiscono un criterio diagnostico di primo ordine, e il vecchio e grande clinico Concato insegnava, metodicamente, a trarne tutto il profitto in questo senso, sino a formulare su di esso la diagnosi.

Però io non vi avrei insistito nel caso attuale, se tutto fosse stato pacifico e se noi potessimo considerarlo, anche dal lato semeiotico, come un caso chiaro e banale di stenosi mitralica a forma emoftoica.

Ma vedremo tosto che ciò non è, e allora siamo nella necessità di trarre il massimo partito da ognuno dei grandi fondamenti diagnostici.

2° Qual'è lo stato presente?

L'attenzione è richiamata sul cuore che presenta: alterazioni di volume, rumori anormali, dolori in sede particolare.

Il cuore è ingrandito nella sua sezione destra, che sporge 1 cm. oltre la marginale d. dello sterno, che ha un'orecchietta sin. ingrandita, un angolo di Sibson fra ottusità atriale e ventricolare sin. per ingrandimento dell'area atriale, mentre non è affatto aumentata quella del ventricolo.

In verità, questo dato plessico, è poco meno che patognomonico per la stenosi mitralica, e non occorre che ve ne dica le ragioni, tanto esso è pacifico nel suo significato.

Inoltre, nella regione scapolo-vertebrale sin. vi ha una zona ipofonetica tra il 2° ed il 5° spazio, di forma rettangolare, di confine ben delimitato, che sappiamo corrispondere all'orecchietta sin. del cuore, quando è distesa; e questa zona è dolente spontaneamente, e diventa dolentissima alla pressione, e su questo fatto (che dura da tempo), il malato, che non appartiene affatto alla classe dei queruli e non accusa altre algie che questa, ha richiamato egli stesso la nostra attenzione. Si tratta certamente di quel *point de côté auriculaire* che è descritto dai francesi nella stenosi mitralica e che è dovuto alla distensione dell'orecchietta sin. e alla pressione ch'essa esercita sui nervi intercostali su cui poggia. Non lo vidi mai così caratteristico, come in questo caso.

Però, dopo ciò, abbiamo una serie di fatti negativi: la palpazione della regione cardiaca non rivela alcun fremito; all'ascoltazione c'è un soffio sistolico poco caratterizzato, e una accentuazione del 2° tono; non c'è rumore diastolico nè presistolico; non c'è sdoppiamento del secondo tono.

Sono certo che, in assenza di questi fatti, la maggior parte dei medici che ascolti oggi questo cuore, senza sapere la storia del malato e senza essere a giorno di tutti gli altri criteri che noi oggi abbiamo in mano, escluderà la stenosi mitralica, considererà dubbia l'esistenza di una insufficienza, cercherà altrove le ragioni delle emottisi pregresse, della dispnea e catarro attuale.

Orbene, di fronte a quella ch'io considero una grande evidenza di dati anamnestici e razionali, mi pongo il problema così:

È possibile mantenere il concetto di stenosi mitralica, in assenza dei fatti di palpazione e di ascoltazione?

Non è da dubitarne minimamente.

È di vecchia nozione che la sindrome ascoltatoria della stenosi mitralica è la più variabile fra quelle di tutti i vizii.

Ed inoltre l'esperienza clinica che si va accumulando, sopratutto sorretta *sui dati necroscopici*, per quelli che giungono al controllo anatomico, sui dati *radiologici* per i casi in corso, dimostra sempre più che la stenosi mitralica, nel suo aspetto proteiforme, può anche mancare di un chiaro corrispondente semejotico fisico.

Questi concetti sulla variabilità dei segni fisici della stenosi mitralica si trovano un po' dovunque, fin da quando la semejotica fisica si è costituita in un solido corpo di dottrina; e si trovano un po' dovunque, perchè è frequente, e a facile portata di mano, la constatazione di tale variabilità.

Una sintesi chiara, in cui credo di dover consentire, è quella di Laubry e Routier che, nel loro recente trattato delle malattie del cuore, individualizzano così i tipi che sorgono dal vario raggrupparsi dei segni acustici della sten. mitralica:

1) *Il ritmo di Duroziez,* consistente essenzialmente nella coesistenza del rumore diastolico-presistolico collo sdoppiamento del secondo tono, e, interposto, il rimbombo sistolico della mitrale.

2) *Il ritmo a tre tempi* che può presentarsi in più forme, tra le quali la più frequente è il tono di accentuazione sistolica seguito dallo sdoppiamento del 2° tono alla base.

3) *Le attenuazioni estreme dei segni,* in cui possiamo avere un primo tipo, in cui sparisce totalmente il rumore diastolico, e non c'è che un rinforzo del 1° tono, e un secondo tipo, in cui i segni fisici sono totalmente assenti. In questo caso è probabile, dicono gli autori che l'orificio sia troppo stretto e le valvole troppo rigide per dar origine a un qualsiasi rumore.

Cesare Pezzi, negli « Archives des maladies du coeur » del 1926, ha descritto tre casi di stenosi mitralica, in cui la diagnosi (ch'egli considera sicura) fu fatta colla radiografia o coll'elettrocardiogramma, mentre l'esame fisico diretto era completamente negativo.

E del resto, ancora il vecchio Eichorst citava una statistica di Hilton-Fagge, il quale constatò all'autopsia, 40 casi di importante stenosi della mitrale, la quale in vita non aveva prodotto rumori.

Vi ho citato cardiologi fra i più autorevoli.

Potete credere, dopo ciò, che la mancanza dei comuni segni di ispezione, palpazione, ascoltazione, non può costituire un'assoluta ragione di rifiutare una diagnosi di stenosi mitralica, sostenuta da solide ragioni di altro ordine.

Ma vi è dell'altro.

Il reperto ascoltatorio quale voi udiste, è ora costante nel nostro malato già da molti mesi. Ma se percorrete tutte le nostre vecchie cartelle delle prime degenze, dal 1922 al 25, vedrete costantemente descritto un fremito presistolico, e un lungo rumore, ora diastolico, ora diastolico-presistolico.

Dunque la sindrome caratteristica della stenosi esisteva, e cessò ad un certo momento del decorso.

Ciò non è senza importanza sia per confermare la diagnosi del caso concreto, sia per stabilire la ragione generale di questi andamenti semejologici.

Dobbiamo pensare che la scomparsa di quei fatti è avvenuta coll'aggravarsi della condizione cardiaca, o sia a carico dell'orificio e delle valvole, come dicono Laubry e Routier, o sia per l'ulteriore sfiancarsi e indebolirsi della parete atriale.

Un elettrocardiogramma sarebbe prezioso per dilucidar questi punti, ma in questo momento non ci è dato di averlo.

Nè vi stupisca se invece dei comuni segni della stenosi, trovate ora un soffio sistolico.

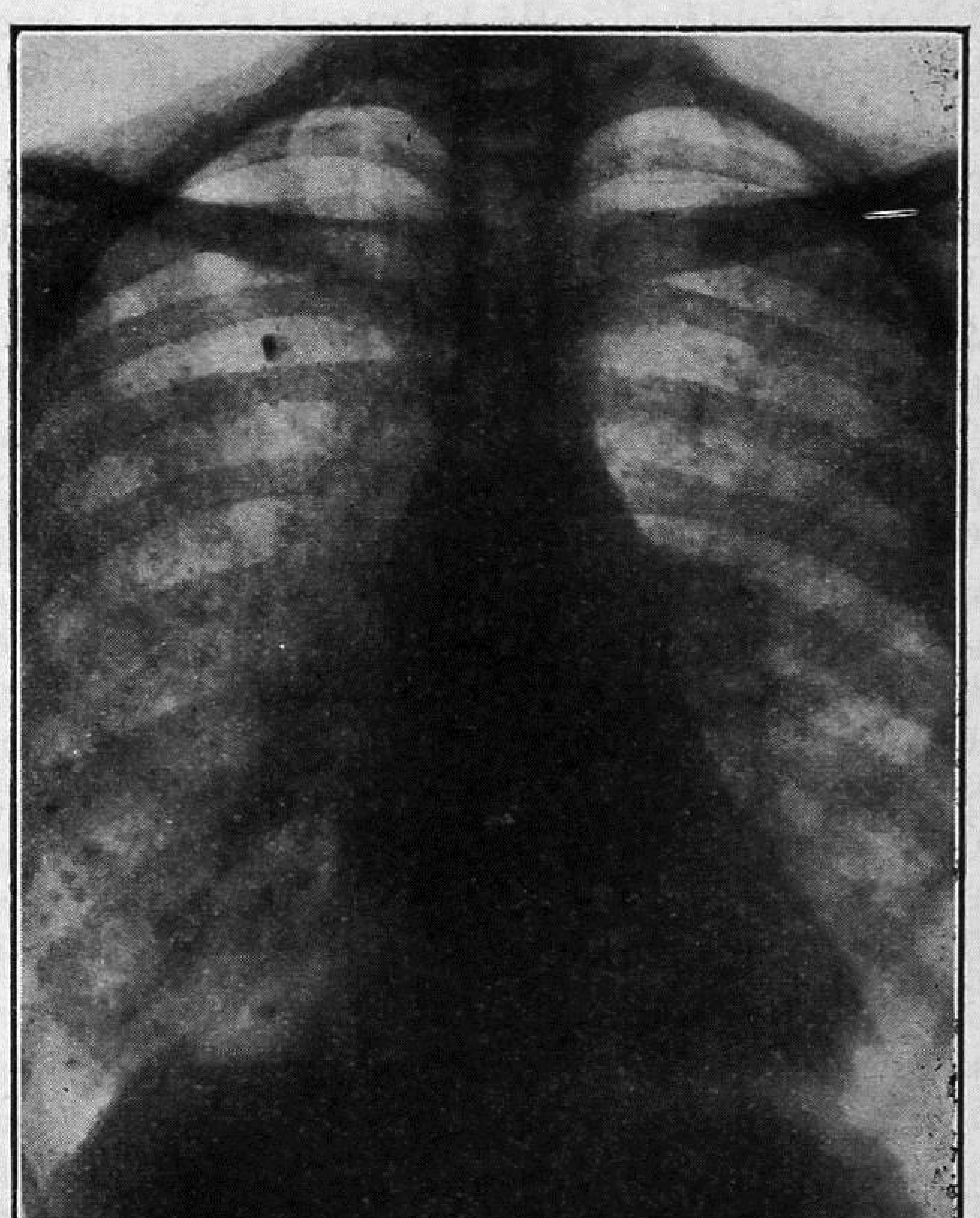
Per alcuni vecchi autori, la stenosi si accompagna sempre a un lieve grado di insufficienza, perchè la mancanza di elasticità delle valve (che c'è sempre nella stenosi) impedirebbe un perfetto adattamento dei suoi margini durante la sistole ventricolare, e lascierebbe refluire un piccolo *quantum* di sangue, che darebbe luogo a un soffietto, ora lungo, ora soltanto protosistolico.

Ma può succedere anche che tardivamente, si faccia un soffio lungo e aspro, che copre il primo tono, e si sostituisca al ritmo a tre tempi della stenosi, e in questo caso è avvenuta una vera trasformazione o complicazione del vizio.

Non direi che questo sia avvenuto nel caso nostro, in cui pei caratteri stessi del soffio, propendo per la prima interpretazione.

3° Veniamo al quadro radiologico, di cui dobbiamo valorizzare i dati così pel cuore che pei polmoni.

Vi presento una lastra presa in posizione frontale:



Vi mostro questa soltanto, e ne utilizzerò i dati con grande discrezione, perchè la radiologia di questo caso e di altri affini, sarà studiata dal Dott. Lenti, assistente del nostro Istituto radiologico.

Che cosa dice la lastra nei rapporti del cuore? Il margine sinistro di esso presenta il profilo mitralico: la sporgenza esagerata *dell'arco medio* dipende dalla distensione dell'*infundibolo* e del *tronco* dell'arteria polmonare, dovuta come dice Perussia, a ciò che il ventricolo destro, ipertrofico e dilatato, spinge in alto e a sinistra, il cono arterioso e l'arteria polmonare, così da farlo sporgere abnormemente al disopra del ventricolo sinistro. Alla sua volta il ventricolo sinistro, rettilineo, con punta sottile, mostra l'assenza di ipertrofia.

Per ciò che riguarda il polmone, vedete le due vaste ombre delle regioni ilari, ombre irregolari, da cui, specialmente a destra, vedete partire strie lunghe, grosse, sinuose, irradiantesi verso la periferia dell'organo, e poi una grandissima quantità di ombrette rotonde, della grandezza di una capocchia di spillo a un piccolo pisello, tondeggianti, disseminate su ambedue i polmoni, ma particolarmente nel destro, più copiose in corrispondenza alle parti inferiori, assenti agli apici, che sono del tutto trasparenti.

Ombre ilari e strie sono dovute ai vasi e esprimono la grave stasi del circolo sanguigno polmonare.

E tutta la massa di ombrette rotonde?

Certamente queste possono essere suscettibili di interpretazioni varie, delle quali la prima che si presenta allo spirito si è che si tratti di una eruzione di tubercoli sub-miliari.

Essa parrebbe dar ragione a chi avesse voluto assegnare un'origine tubercolare alle ripetute e profuse emottisi del paziente.

Ma questa interpretazione, come dissi, urta contro tutta la storia del malato, colla sua costante apiressia, con tutti i reperti negativi dello sputo e della cutireazione, col fatto che anche sette mesi or sono il reperto radiologico era pressochè uguale.

Ed allora, ci accostiamo ben più volentieri ad altra possibile interpretazione, coerente con tutti gli altri dati clinici, e cioè che le ombrette rotonde non sieno che la rappresentazione radiografica di noduli di addensamento polmonare dovuti alla grave stasi cronica, che è conseguente alla stenosi mitralica.

Questa interpretazione è di tutta ortodossia radiologica. Vi cito due recenti lavori italiani, pubblicati sulla nostra « Radiologia Medica » del 1926 e del '30; il primo, di D'Amato, che riferisce un caso, seguito clinicamente e anatomicamente nell'ospedale di Amburgo, di un uomo di 37 a., che da 20 anni era riconosciuto affetto da stenosi mitralica; un esame radiografico dimostrò, nel campo polmonare, una miriade di ombrette tondeggianti che fece emettere l'ipotesi di una tubercolosi miliare, benchè contraddetta dall'andamento clinico.

Morto l'individuo, dopo alcuni mesi, l'autopsia confermò la stenosi mitralica, e non trovò traccia alcuna di tubercolosi nè in atto nè pregressa: l'esame istologico dei polmoni, dimostrò un gran numero di piccoli focolai di addensamento, visibile sui preparati anche ad occhio nudo, costituiti da ammassi di cellule pigmentali, da stasi, e corrispondenti ai focolai miliariformi della radiografia.

V. Maragliano parla di questi reperti miliariformi nel trattato italiano di diagnostica radiologica, e Balestra e Ghio, del suo Istituto, li descrivono nuovamente fondandosi su osservazioni radiologiche proprie, e sui controlli anatomici del caso di D'Amato e di 3 di Wiery. E così Bonanno, dell'Istituto Radiologico del Mauriziano di Torino, in due suoi casi, di osservazione clinica.

Se consideriamo la lastra del nostro malato, vediamo che essa dà uno dei reperti più evidenti sotto questo riguardo e vediamo che i criteri radiologici differenziali, ammessi da Balestra e Ghio, depongono anche qui per la stasi.

Morfologicamente *chiazze da stasi* e *chiazze tubercolari* non offrono differenze apprezzabili, ma invece la distribuzione loro è assai significativa, perchè si fa in modo completamente inverso, e cioè la tubercolosi miliare interessa tutto l'ambito polmonare, compresi gli apici, mentre invece le chiazzette da stasi preferiscono le regioni parailari e le parti declivi, e rispettano gli apici: la t. miliare è distribuita egualmente nei due polmoni, le chiazze da stasi preferiscono il polmone destro.

Basta che voi gettiate l'occhio sulla lastra del nostro Bott..., per vedere quanto chiaramente tutti questi dati stiano a favore della stasi.

Non vi ripeto ciò che già insistentemente vi dissi, che c'è poi tutto l'andamento clinico che sta per tale interpretazione; qui solo vi aggiungo ciò che dà il confronto tra l'immagine radiologica e i più recenti fatti subbiettivi e obbiettivi del torace: le chiazzette non si possono costituire finchè la stasi si manifesta con attacchi intermittenti, a lunghi intervalli, quali furono le crisi emoftoiche che per molti anni furono nel nostro malato quasi unica espressione esteriore della stenosi m., e della conseguente stasi del piccolo circolo: così confluenti, corrispondono ad uno stato, più o meno accentuato, di induramento bruno del polmone, e, come questo, non possono costituirsi che colla stasi cronica la quale solo da un anno si manifesta nel Bott..., colla dispnea lieve continuativa, e colla grave dispnea accessionale, ad ogni sforzo o fatica.

Ecco perchè le chiazze sono apparse nelle recenti radiografie, non nelle più antiche.

In quanto all'esame fisico, abbiamo rilevato uno smorzamento di sonorità, piuttosto diffuso, basale, più spiccato a destra, con espi-

rio aspro e prolungato, con rantoli sibilanti, e bolle grosse e medie un po' consonanti.

Tale reperto esprime un lieve grado di addensamento polmonare, che qui evidentemente deriva dalla stasi ormai fattasi cronica, e risponde anatomicamente all'indurimento bruno: non potrebbe esprimere una eruzione tubercolare miliare o sub-miliare che sapete bene dare tutt'altro reperto.

Nessuna finezza di esame fisico potrebbe identificare plessicamente o acusticamente, le singole chiazze dell'esame radiologico; è naturale che, data la loro confluenza, si riverberino nei fenomeni tenui ma diffusi che vi ho descritto: smorzamento di suono, espirio aspro e lungo, a cui si aggiungono i fatti catarrali che necessariamente conseguono.

***

Concludendo: il nostro malato è affetto da stenosi *mitralica* a *forma emoftoica* in istato di scompenso cronico, il quale va lentamente aggravandosi.

Ha dato un qualche interesse al caso, e reso un po' laboriosa la diagnosi, la negatività attuale del reperto ascoltatorio del cuore, e un reperto radiografico polmonare che potrebbe condurre a un giudizio di tubercolosi.

Tutti gli altri aspetti del caso e cioè la eziologia del vizio, la sua varietà di configurazione anatomica, il pronostico che se ne può fare oggi, il trattamento curativo, non lo diversificano dai comuni andamenti.

E cioè:

Il vizio dell'orifizio mitralico, in individuo di ottima costituzione con anamnesi remota negativa, che cominciò a soffrire nel circolo, un anno dopo aver superato *una grave spagnola*, è certamente di origine *endocarditica*, e deve legarsi alla infezione di allora.

Il pronostico è grave, perchè le conseguenze idrauliche del vizio valvolare, che erano accessionali, si son fatte stabili e ad esse è andato aggiungendosi l'insufficienza *miocardica*.

La stasi polmonare cronica, che ne deriva, colle sue sofferenze, divenute abituali, e aggravantesi a ogni lieve sforzo, hanno posto poco a poco il malato in uno stato di vera infermità non più emendabile, inconciliabile ormai con qualsiasi lavoro, e destinato a dare, o presto o tardi, una di quelle complicazioni o di quegli aggravamenti, che conducono all'esito letale.

Il riposo e i cardiocinetici che per lungo tempo riuscirono a riporre il malato in un vero stato eusistolico, sono ormai insufficienti, e vanno dimostrandosi completamente inefficaci. Nessun segno è più grave di questo, nei riguardi della prognosi, e della relativa brevità del tempo in cui essa avrà la sua sanzione inevitabile.

LAVORI ORIGINALI.

Istituto di Clinica Medica della R. Università di Roma.
Direttore inc.: Prof. S. SILVESTRI.

Contributo allo studio dell'acido urico nel sangue

per il dott. S. MANCA.

Specie in questi ultimi anni, col progredire dei metodi di indagine, le ricerche chimiche nel sangue si sono notevolmente sviluppate. All'analisi dei prodotti terminali nell'urina si è associata l'analisi dei prodotti intermediari nel sangue, cercando così di penetrare nell'intimo meccanismo del ricambio materiale. I tentativi fatti sinora in questo senso sono stati fecondi di utili risultati. Sono note le numerose indagini, eseguite nel sangue, in rapporto all'urea, e cloruri, all'azoto e allo zucchero, le quali hanno dimostrato che non sempre esiste rapporto fra la quantità di questi prodotti del ricambio nel sangue e la quantità secreta per i reni; basta solo accennare al fatto che talora si riscontrano casi senza glicosuria, nei quali l'analisi del sangue dimostra evidente iperglicemia.

La fisiologia e la patologia chimica da questo nuovo indirizzo di ricerche hanno ricevuto notevole impulso da portare alla soluzione di problemi che sinora sembravano difficilissimi.

Nel comportamento del metabolismo organico, infatti, le indagini nel sangue servono a darci indicazioni più precise di quelle nelle urine, nelle quali in generale i prodotti del ricambio passano quando nel sangue si trovano in eccesso.

Nei riguardi dell'acido urico, sebbene esistano interessanti lavori, ancora si presentano non poche lacune e mancano ancora ricerche sistematiche indirizzate sopra un largo piano, da cui si possano trarre conclusioni attendibili su questo grande e notevole argomento.

Oggi non vi è più alcun dubbio che l'acido urico, scoperto nel 1776 da Scheele e dimostrato nel 1797 dal Wollaston nei nodi gottosi, deriva dalle nucleine: è cioè un prodotto del metabolismo dei nuclei proteidi, contenuti nei nuclei cellulari e precisamente dell'acido nucleinico. Dall'acido nucleinico derivano le cosidette basi puriniche: l'adenina e la guanina. In seguito a un processo di disaminazione l'adenina è trasformata in ipoxantina (ossipurina) e la guanina in xantina (diossipurina); un processo di ossidazione trasfor-

ma poi la ipoxantina e la xantina in triossipurina, vale a dire in acido urico.

La sorgente d'origine dell'acido urico è, come si sa, duplice: esogena ed endogena. L'origine endogena si ha sia dalle nucleine dipendenti dalla elaborazione biochimica degli elementi cellulari che da quelle che si formano per sintesi; quella esogena dalle nucleine introdotte con gli alimenti. Noi non possiamo agire sulla frazione endogena, ma la frazione esogena può essere a volontà aumentata o diminuita o anche soppressa. Con delle razioni alimentari prive di purine, l'eliminazione delle purine urinarie discende a un *minimum*, variabile da un soggetto all'altro, ma assai costante nello stesso individuo. Nel digiuno totale questa eliminazione è ancora più bassa. Nei nostri pasti abituali è la carne che dà luogo a grande produzione di acido urico essendo ricca di purine preformate. Certi tessuti ricchi in nuclei (animelle di vitello, pancreas, ecc.) sono sorgenti di purine ancora più abbondanti. Al contrario il latte, le uova e un gran numero di vegetali son quasi privi di purine.

Per quanto riguarda il destino dell'acido urico nell'organismo umano possiamo dire che esso è ritenuto dalla maggioranza degli autori come inattaccabile e come un prodotto terminale del metabolismo purinico, che viene tutto, o quasi, eliminato con le urine.

***

Scopo delle nostre ricerche è stato quello di vedere il comportamento dell'uricemia in diversi stati morbosi e specialmente in quelli che hanno un'influenza, più o meno notevole, sulla formazione o sull'eliminazione dell'acido urico.

Ci siamo serviti all'uopo di pazienti, nei quali, abbiamo contemporaneamente e sistematicamente eseguite tutte le ricerche collaterali che potevano essere utili al nostro studio.

La presa del sangue veniva fatta il mattino a digiuno e dopo che i pazienti erano tenuti per alcuni giorni a dieta costante.

Come metodo di dosaggio ci siamo serviti di quello di Folin, che non riteniamo opportuno descrivere, trovandosi esso nei comuni trattati di analisi.

Riportiamo nella tabella che segue i risultati ottenuti.

CONSIDERAZIONI.

Se prendiamo in considerazione il contenuto di acido urico da noi riscontrato nel sangue di alcuni soggetti normali sottoposti a un regime alimentare misto e che ha oscillato tra gr. 0,003 e gr. 0,005 per mille e lo confrontiamo con quello ottenuto nei casi patologici da noi studiati, troviamo dei valori e delle differenze tali, che ci permettono di fare delle deduzioni abbastanza interessanti.

Nella leucemia mieloide cronica, com'era prevedibile, è stata riscontrata netta e costante iperuricemia. Ciò è da mettersi in relazione con un fatto caratteristico per la leucemia, con l'aumento cioè della distruzione delle sostanze nucleiniche, da cui origina, come è stato detto, l'acido urico. Si tratta sopratutto di un acceleramento nella formazione e nella distruzione dei leucociti.

Nelle nefriti, nelle quali, con uno studio accurato dei pazienti, abbiamo eseguito tutte le indagini ritenute utili per stabilire lo stato della funzionalità renale, e di cui nella tabella non ne riportiamo che alcune, due fatti importanti richiamano la nostra attenzione, e cioè, in primo luogo, l'aumento mai mancato della quantità dell'acido urico nel sangue, e secondariamente il comportamento di tale aumento, che è stato in netto rapporto con il grado della lesione renale: quanto più grave è stata la turba del potere funzionale dei reni, tanto più alta è stata la percentuale di acido urico riscontrata nel sangue, mentre a una lesione renale modica ha corrisposto un tasso di acido urico sanguigno di poco superiore alla norma. In ciò i nostri risultati concordano con quelli degli autori che ci hanno preceduto e particolarmente con quelli di Folin e Denis, Majer, Chauffard, Brodin e Grigaut, È inoltre da notare che l'urea, che è stata dosata contemporaneamente all'acido urico, ha spesso seguito le oscillazioni di questo. E un fatto degno di rilievo, messo in evidenza anche da altri (Cristol e Nikolich) è che in certi casi abbiamo notato un aumento di acido urico nel sangue prima ancora che si potesse verificare un aumento dell'azotemia.

Se ora prendiamo in considerazione il fatto che l'acido urico viene eliminato per l'emuntorio renale, noi vediamo che con la ricerca dell'acido urico nel sangue abbiamo un mezzo di esplorazione funzionale renale che presenta una grande sensibilità. Riteniamo cioè, d'accordo con altri autori che si sono occupati dell'argomento, che l'uricemia costituisce un indice chimico molto sensibile sulla funzionalità renale.

Ma lo studio dell'uricemia nelle malattie renali, secondo noi, riveste un'importanza di alto valore specialmente per il fatto che in

N. d'ord.	Diagnosi	Ac. urico in millgr. per %	Azotemia	Pressione sanguigna al Riva-Rocci	Ac. urico del liquido di diffusione	Osservazioni
1	Leucemia miel. cron.	8,55	—	—	—	—
2	Id.	10,20	—	—	—	—
3	Id.	7,40	—	—	—	—
4	Id.	8,20	—	—	—	—
5	Nefrite cronica	8,20	0,80	150-100	—	—
6	Id.	8,55	0,78	165-104	—	—
7	Id.	10	1,02	172-90	—	—
8	Id.	12	2,40	210-140	—	Stato uremico
9	Id.	7,60	0,64	155-105	—	—
10	Id.	9,40	0,92	170-90	—	—
11	Id.	13,10	1,02	230-140	—	Stato uremico
12	Id.	14,40	1,20	250-170	—	Id.
13	Id.	8,60	0,70	155-95	—	—
14	Id.	8,60	0,80	148-85	—	—
15	Id.	12	1,40	120-70	—	Iposistolia
16	Id.	7,60	0,72	148-90	—	—
17	Id.	8,80	0,92	152-100	—	—
18	Id.	14,10	0,94	110-70	—	Stato urem.; iposistolia
19	Id.	9,40	0,84	164-95	—	—
20	Glom.-nefr. acuta	7,40	0,58	140-90	—	—
21	Id.	6,80	0,64	150-105	—	—
22	Id.	7,80	0,80	145-105	—	—
23	Id.	8,40	0,54	140-100	—	—
24	Id.	8,60	0,58	135-85	—	—
25	Id.	7,80	0,62	148-90	—	—
26	Cirrosi epatica	7,77	—	—	7,80	—
27	Id.	8,88	—	—	8	—
28	Id.	8,88	—	—	8,40	—
29	Id.	7,52	—	—	7,52	—
30	Colecistite	6,80	—	—	—	—
31	Id.	7,10	—	—	—	—
32	Calcolosi epatica	6,80	—	—	—	—
33	Id.	7,20	—	—	—	—
34	Id.	7,20	—	—	—	—
35	Epatite infettiva	8,40	—	—	—	—
36	Id.	8,20	—	—	—	—
37	Sten. e insuff. mitr.	5,80	0,50	—	—	Lieve iposistolia
38	Id.	6,80	0,58	—	—	Id.
39	Insuff. mitr.	3,66	0,38	—	—	Compensata
40	Insuff. aort.	4,10	0,42	—	—	Id.
41	Id.	3,80	0,40	—	—	Id.
42	Fibrill. aur.	8,10	0,62	—	—	Iposistolia
43	Insuff. mitr.	3,10	0,34	—	—	Compensata
44	Stenosi e insuff. mitr.	5,80	0,48	—	—	Id.
45	Insuff. aort.	4,40	0,42	—	—	Id

certi casi gravi (n. 11-12-18) d'insufficienza renale, con sintomi netti d'uremia, e che ebbero esito letale, e nei quali non si ebbe a constatare aumento notevole del tasso azotemico, abbiamo invece ritrovato uno spiccato grado d'iperuricemia. Da ciò ne deduciamo che nelle malattie renali, anche quando fallisce l'indice azotemico, l'indice uremico segue sempre un netto parallelismo con il grado delle lesioni stesse, rispecchiando in modo fedele lo stato della funzionalità renale.

Un rapporto abbastanza netto abbiamo trovato pure tra uricemia e pressione sanguigna, nel senso che l'iperuricemia si è quasi sempre accompagnata ad ipertensione. Solo in alcuni casi (n. 15-18) abbiamo riscontrato iperuricemia senza aumento della pressione sanguigna; ma ciò era da imputare al fatto che trattavasi di cardio renali con fatti di iposistolia e debolezza miocardica.

Da quanto si è detto rileviamo la grande importanza che implica lo studio dell'uricemia nelle malattie renali e propugniamo senz'altro il concetto ch'esso sia esteso e praticato più frequentemente di quello che non sia; esso cioè dovrebbe costantemente figurare a fianco dello studio degli altri esami relativi alla funzionalità renale.

Nei cardiaci compensati il tasso d'acido urico nel sangue ha oscillato tra limiti che presso a poco rientrano nella norma. Non così è stato nei cardiaci scompensati, nei quali si è quasi sempre riscontrata iperuricemia.

Qual'è la causa che agisce nel determinismo di tale aumento nell'iposistolia? Secondo noi essa non è unica. Non disconosciamo, d'accordo con Cristol e Nikolich, che la diminuzione della pressione sanguigna che si ha nell'iposistolia apporti un aumento dell'acido urico nel sangue; ma riteniamo, contrariamente a quanto sostengono i predetti autori, che a tale fattore non sia da attribuire la parte predominante. Crediamo infatti che anche nell'iposistolia la causa principale dell'iperuricemia risieda nei reni, ma non in quanto implica il comportamento della pressione arteriosa in se stessa, ma in quanto comporta l'ipofunzionalità renale che viene a determinarsi in seguito all'iposistolia. In un altro nostro precedente lavoro abbiamo infatti dimostrato che nelle cardiopatie scompensate esiste sempre uno screzio renale più o meno accentuato, che persiste, sebbene minimo, anche dopo cessato lo scompenso.

Nei soggetti con affezioni epatiche: cirrosi-epatiti, colecistite, calcolosi, in cui la funzione del fegato è più o meno compromessa abbiamo trovato quasi sempre un aumento di acido urico nel sangue. Le variazioni quantitative sono tali da farci effettivamente ritenere che esiste un rapporto tra lo stato funzionale del fegato e l'acido urico del sangue. In ciò le nostre ricerche confermano pienamente quelle di Chauffard-Brodin e Grigaut i quali hanno dimostrato che il fegato esercita un potere regolatore sull'uricemia.

Nei casi di cirrosi epatica in cui abbiamo eseguito contemporaneamente il dosaggio dell'acido urico nel sangue e nel liquido ascitico abbiamo trovato dei valori presso a poco uguali. I nostri risultati che concordano con quelli di altri autori (Chauffard, Brodin, Grigaut, Menasci) mettono in evidenza che l'acido urico si trova nel sangue nella stessa quantità dei liquidi di diffusione.

Questa constatazione merita il suo valore specialmente da un punto di vista pratico, perchè mostra che per il dosaggio dell'acido urico l'analisi può essere fatta, senza tema di sensibile errore, o sul sangue o sui liquidi di diffusione.

CONCLUDENDO.

I nostri risultati ci portano alle seguenti conclusioni:

1) L'acido urico è sempre aumentato nelle leucemie mieloidi croniche;

1) Riscontrasi costantemente iperuricemia pure nelle nefriti: tale aumento segue un netto rapporto col grado della funzionalità renale: quanto più i reni sono lesi nella loro funzione, tanto più alto è il tasso d'acido urico nel sangue. L'uricemia e l'azotemia vanno frequentemente di pari passo; qualche volta però l'aumento dell'acido urico precede quello dell'urea. Un fatto di particolare rilievo è quello che ha dimostrato come in alcuni casi gravi di nefrite con tasso azotemico non molto elevato, si è riscontrata spiccata iperuricemia. Un parallelismo abbastanza netto esiste pure tra uricemia e pressione sanguigna. Dai risultati ottenuti emerge chiaro che nell'uricemia abbiamo un mezzo importante ed esatto per l'esplorazione della funzionalità renale, onde propugniamo l'importanza e l'utilità del suo studio nelle nefriti;

3) Nei cardiaci compensati l'acido urico ha oscillato tra limiti che, presso a poco, rientrano nella norma. Nei cardiaci scompensati si è invece riscontrata quasi sempre iperuricemia. Mettiamo ciò in rapporto con lo screzio renale che quasi sempre accompagna l'iposistolia;

4 Anche negli epatici (cirrosi, epatite, co-

lecistite) si è, diciamo di regola, trovato aumento dell'acido urico nel sangue. Nel liquido ascitico delle cirrosi si è riscontrato un tasso di acido urico pressochè uguale a quello del sangue, per cui la ricerca di esso può farsi indifferentemente sul sangue o sui liquidi di diffusione.

RIASSUNTO.

L'A. ha studiato il comportamento dell'acido urico nel sangue in vari stati morbosi. Ha trovato iperuricemia costante nelle leucemie, nelle epatopatie e nelle nefriti: in queste ultime ha messo in evidenza come l'uricemia rappresenti un importante mezzo di esplorazione funzionale dei reni, per cui lo raccomanda vivamente nello studio delle nefriti. Nei cardiaci compensati ha trovato valori d'acido urico pressochè normale, e nei cardiaci scompensati iperuricemia.

BIBLIOGRAFIA.

BIFFI. Rivista Ospedaliera, 31 gennaio 1931.
BORCHARDT. Zeitschrift f. Tuberkulose, v. 50, f. 6, 1928.
BOULUD et CREMIEN. Le Journal de Médecine de Lyon, febbraio 1921.
CECONI. *Malattie del ricambio.* Min. Med., 1928.
CHAUFFARD, BRODIN et GRIGAUT. La Presse Médicale, 15 dic. 1920.
CRISTOL et NIKOLICH. Soc. Nat. des Sc. Méd. et Biol de Montpellier et du Languedoc Méditerranéen, 1 dic. 1922.
CRISTOL et NIKOLICH. Soc. Nat. de Méd. et des Sc. Méd. de Lyon, 7 febbraio 1923.
DE CANDIA. Riforma Medica, 30 giugno 1930.
ETIENNE et VÉRAIN. Congrès Français de Médecine, 10 ott. 1922.
FOLIN, BERGLUND et DERICK. Paris Médical, n. 6, 1925.
IZAR. 25° Congr. Soc. Ital. Med. Intern., Trieste, 6 ott. 1919.
MANCA. Archivio di Farmac. Sperim. e Scienze affini, 1930.
MATHIEU-PIERRE WEIL et GUILLAUMIN. Soc. de Biologie, 25 marzo 1932.
MELLI e STEFFANUTTI. Giornale Medico dell'Alto Adige, fasc. 10, 1930.
MENASCI. Rivista Critica di Clinica Medica, Firenze, n. 6, 1924.
ID. Rivista Ospedaliera, 1928.
MENDEE. Zeitsch. f. Klin. Med., Bd. 27, 20 marzo 1924.
MOHR-STAEHELIN. *Trattato di Medicina Interna,* v. 4, p. 2. Soc. Editr. Libr., Napoli, 1930.
MUSUMECI. Conv. della Soc. Ital. di Pediatrica in Cremona, Napoli, 1924.
PRIMAVERA. *La chimica e la fisiologia dell'ac. urico.* Napoli, 1924.
PUPILLI. Giorn. di Cl. Med., 30 dic. 1922.
RONDONI. *Biochimica.* Unione Tip.-Editr. Torin., 1925.
STEFFANUTTI. Giorn. Med. dell'Alto Adige, fasc. 7, 1930.
ULLMANN. 34° Congr. della Soc. Ted. di Med. Int., Wiesbaden, 24 aprile 1922.

NOTE E CONTRIBUTI.

R. ARCISPEDALE DI S. MARIA NUOVA E STABILIMENTI RIUNITI DI FIRENZE.

Di un segno obbiettivo dell'appendicite cronica.

Dott. G. A. SCOTTI,
Aiuto incaricato nel Turno chirurgico diretto dal Prof. U. STOPPATO.

Già alla fine del secolo scorso si contavano numerosissime memorie sull'appendice vermiforme. L'Edebohls nel 1898 ne aveva potute consultare parecchie centinaia: argomento quindi ed a maggior ragione non certo nuovo ai nostri tempi quello dell'appendicite. Ciò non pertanto, benchè numerosi siano stati i ricercatori e gli osservatori, non si può dire oggi risolto il problema di una sicura diagnosi specialmente per la forma cosidetta cronica di appendicite.

Per questa è sempre stata in modo particolare difficoltosa l'indagine diagnostica: prova ne è il numeroso gruppo di segni semeiotici più o meno caratteristici e patognomonici che i diversi AA. hanno creduto di poter stabilire come sicuri indicatori di tale forma.

È opportuno ricordare qui che l'Allingham nel 1891, forse per il primo, già aveva distinto, fra le varie forme infiammatorie dell'appendice, quella cronica.

In seguito questa è stata da molti discussa e da qualcuno perfino negata; allo stato attuale delle nostre conoscenze si può dire che la maggior parte degli AA. è concorde nell'ammettere l'esistenza di tale forma morbosa, esistenza che del resto frequentemente verifichiamo al tavolo operatorio.

Molte cause sono responsabili della suaccennata difficoltà diagnostica per le forme appendicitiche, particolarmente per quelle croniche. Fra di esse è da annoverarsi, prima di tutte, la diversità spesso accentuatissima delle caratteristiche anatomiche e topografiche dell'appendice, la quale, com'è noto, può assumere lunghezza, direzione, diametri, posizione diversissimi (appendici tozze e brevi, appendici lunghe anche oltre 20 cm., appendici prececali, sottocecali, retrocecali, laterocecali, ecc.). Fra le altre cause sono da tenersi in considerazione la natura, la virulenza del germe patogeno e la varietà delle vie d'invasione. A sua volta l'appendice ammalata può simulare altre malattie provocandone sintomatologia apparentemente pertinente ad esse e tale da mettere in giustificato imbarazzo anche il semeiologo più esperto: si hanno così dispe-

psie appendicolari (Languet), epatiti appendicolari (Dieulafoy), pleuriti appendicolari (Dieulafoy), claudicazioni appendicolari (Denis, Zesar, Regnard, Stern), ecc.

Tali fatti morbosi, anche se contemporanei o secondari immediatamente al fatto appendicolare, possono essere da principio i soli ad essere rilevabili.

Per contro molte, troppe malattie possono simulare forme appendicolari: fra queste, in ordine di frequenza, sono da ricordarsi le affezioni della salpinge e dell'ovaio destri, la colecistite e la coletitiasi, le ulcere duodenali e gastriche, le affezioni in genere del rene destro, la infiammazione di membrane pericecali, della membranella di Jackson, della benderella o plica di Lane, di Donati, ecc., le malformazioni del tubo digerente e particolarmente quelle del ceco e colon ascendente che diano disturbi di canalizzazione, la coprostasi specialmente se accompagnata da enterospasmo, le neurosi genitali, la tubercolosi del ceco, la psoite reumatica, ecc.

Per tutte queste ragioni la diagnosi di appendicite cronica e subacuta è resa molte volte difficile anche al medico o al chirurgo più esperti: come dicevamo più avanti, molti sono stati quindi i ricercatori che hanno tentato, per mezzo di questo o quel segno semeiotico, di poter formulare una diagnosi esatta nei casi in cui, in mancanza della fenomenologia classica completa (frequente solo nelle appendiciti acute) si era incerti se trattarsi o no di appendicite. È noto a tutti l'antico segno di Mac Burney cioè del dolore localizzato in un determinato punto della fossa ileocecale destra e più precisamente a due pollici dalla s. i. a. s., e su una linea tirata da questa all'ombelico. Altri segni di dolore localizzato sono quelli di Clado, di Kerth, di Lanz, di Sonnenburg, di Dieulafoy, tutti riscontrabili in punti più o meno equivalenti della fossa iliaca destra. Dieulafoy aggiunge anzi al segno dolore altri due segni: l'iperestesia e la difesa muscolare nella zona appendicolare (triade sintomatica riscontrabile quasi esclusivamente nei casi acuti).

Lockwood ha indicato come caratteristico un gorgoglio che si può ascoltare nel punto di Mac Burney.

Un contributo valido alla semeiologia dell'appendicite ha portato Rowsing colla sua classica manovra: i risultati di questa sono però qualche volta incerti perchè delle masse fecali possono impedire o comunque ostacolare la trasmissione dell'onda provocata nel colon discendente; Ortali ha modificato questa manovra provocando la pressione sul colon ascendente e preferibilmente in corrispondenza dell'angolo epatocolico: si è però ugualmente osservato che il resultato poteva essere negativo per casi di appendicite nei quali l'atto operatorio dimostrò più tardi di trovarsi effettivamente di fronte a tale forma morbosa. Altre ricerche semeiotiche sono state consigliate da altri AA.: si parla così del segno di Fantozzi rilevabile colla pressione manuale sull'a. iliaca, e del segno di Neirotti cioè del punto doloroso gluteo superiore destro appendicolare.

Oltre a tali segni soggettivi sono stati presi in considerazione segni indiretti: di questi specialmente due: uno ricavabile dalla storia dell'ammalato e cioè la stipsi abituale (che si accompagna frequentemente agli stati di appendicite cronica) ed un altro ricavabile dall'indagine radiografica, naturalmente però ambedue sono incerti del pari degli altri: è ovvio che può esistere infatti stipsi senza che coesista appendicite ed è parimenti ovvio che la mancanza di riempimento della appendice ai raggi X può verificarsi anche per cause diverse dall'infiammazione appendicolare; gli stessi radiologi sono del parere che nelle forme appendicitiche croniche la radiografia è utile specialmente in quanto può scartare altre forme morbose e quindi contribuire per esclusione alla diagnosi di appendicite.

I segni semeiotici principali che brevemente abbiamo passati in rassegna si basano, nella maggior parte dei casi, sulla dolorabilità trasmessa, quasi sempre alla parete addominale, in seguito alle nostre manovre; sempre, in ogni modo, tutti questi sintomi sono soggettivi e quindi per questo fatto stesso non possono avere un valore sicuro. D'altra parte alcuni segni obbiettivi consistenti in modificazioni della zona appendicolare non hanno potuto avere una applicazione pratica perchè sempre soggetti a limitazioni che hanno tolto loro quel valore assoluto o quasi che era necessario per la loro importanza precisa e decisiva; così Wolkovitch attribuì molta importanza alla atrofia muscolare del IV inferiore d. dell'addome: il valore però di questo segno è nullo per diverse categorie di persone e precisamente per quelle che hanno avuto pregressi interventi sull'addome, per le multipare, per i lavoratori di quelle classi che hanno anormale sviluppo delle pareti addominali per cause professionali, ecc. Lazzarini ha notato a sua volta che si può osservare nella zona appendicitica una certa pastosità rilevabile non continuamente ma ad intervalli; Trotter afferma però che questa pastosità è dovuta esclusiva-

mente a ripienezza del ceco: in ogni modo Lazzarini, pur non negando tale possibilità, conferma che tale segno riveste una certa importanza in qualche caso.

Di un altro sintomo obbiettivo sarà invece qui detto in modo particolare perchè questo sembrava rivestire importanza pratica maggiore degli altri finora escogitati ed in gran parte sopra descritti; esso costituisce un dato semeiotico di facile rilievo: consiste questo nella dilatazione attiva della pupilla destra negli appendicitici cronici. Tale midriasi, che può essere rilevata senza ausilio di speciali apparecchi (pupillometri, per un maggior rilievo di maggior precisione), fu osservata per la prima volta, in modo concreto, da Moschowtitz; del resto fino dal 1850 e quindi nel 1868 e 1875 per merito di Baillager e Roque era stato osservato e sommariamente descritto un rapporto, non meglio definito, fra dilatazione pupillare ed affezioni di organi interni a distanza (p. es. nella tubercolosi polmonare e pleurica).

Dopo di questi, altri AA. recentemente studiarono e confermarono i rapporti intercorrenti fra pupille e organi interni ammalati (Sergent, Curschmann, Eichorst, Strümpell, Oppenheim).

Ultimamente Buchmann ha studiato tale stimolo in un grandissimo numero di casi (3500) di appendicite cronica di soggetti che non presentassero contemporaneamente, in atto ed in esito, affezioni patologiche polmonari, pleuriche o del sistema nervoso centrale, ed ha confermato l'esistenza del rapporto fra appendice e pupilla che la maggioranza degli AA. moderni ormai ammette in maggioranza salvo qualche eccezione rara. Il sintomo sarebbe secondo l'A. presente nel 93 % dei casi.

Secondo Donini l'anisocoria addominale sarebbe quasi frequente come quella toracica e particolarmente nelle appendiciti in genere sarebbe riscontrata (però a sinistra per lo più) nel 42 % dei casi: in alta percentuale è pure riscontrabile nelle altre affezioni dell'addome destro.

Secondo Buchmann il sistema nervoso simpatico è quello che stabilirebbe il nesso anatomico e funzionale tra pupilla e appendice; sembrerebbe infatti dalle ultime ricerche moderne che durante il processo infiammatorio appendicolare (e specialmente nei casi di più lunga durata) si verificasse un'intensa ipergenesi di filamenti di tale sistema, (Masson, Maresch, Savitzky) e un secondario stato d'irritazione di tutto il sistema simpatico e di tutti i suoi rami fino al dilatatore della pupilla e m. di Müller, dovuto a stimolazioni meccaniche, biochimiche e tossiche esistenti soltanto nei casi di appendicite; l'appendice sarebbe, anche allo stato normale, molto più ricca di filamenti simpatici che non gli altri organi contenuti nel cavo addominale: in malattie varie di essi non sarebbe mai stata riscontrata infatti alcuna irritazione o ipergenesi dei filamenti simpatici. Egli ammette inoltre che talvolta per le normali comunicazioni fra rami simpatici e parasimpatici dei due lati del corpo secondo alcuni e per la deviazione a sinistra di gran parte delle fibre simpatiche secondo altri, si può avere midriasi anche o soltanto a sinistra. Allo stato attuale delle nostre conoscenze si può però obiettare che tale ipergenesi del simpatico non è verosimile: la midriasi è in relazione a stimoli vari (tossici, dolorifici, ecc.) che partono da organi addominali ammalati; che tanto più stabiliscono la relazione pupillare quanto più lo stimolo è cronico: ciò naturalmente vale anche per gli altri organi addominali che non siano l'appendice.

Per due ordini di considerazioni ho voluto ricercare tale sintomo obbiettivo di midriasi in malati degenti nel nostro Turno chirurgico; prima di tutto per il fatto che frequentemente venivano alla nostra osservazione casi in cui non facilmente si poteva formulare una diagnosi esatta preoperativa ed inoltre per il fatto che detto segno semeiotico appariva dalla letteratura riscontrabile in un'alta percentuale di osservazioni e quindi di un valore non indifferente nella pratica quotidiana.

La mia casistica si riferisce a soli 50 casi, tutti avuti in osservazione nei reparti uomini e donne, in un periodo di circa quindici mesi; il materiale sarebbe potuto essere molto più numeroso se non fossero stati scartati tutti quei malati in cui o l'anamnesi familiare era fortemente positiva per malattie dell'apparecchio respiratorio e del sistema nervoso in genere, o l'anamnesi personale remota o recente era anche debolmente positiva per le malattie suddette e in cui vi fossero in esito o in atto manifestazioni a carico appunto della pleura, del polmone, del sistema nervoso.

Dall'esame dell'unita tabella riassuntiva si possono, rapidamente, senza diffondersi in superflue esposizioni di dettagliate storie cliniche e di reperti operatorî regolarmente esistenti nell'archivio dell'Ospedale, fare alcuni rilievi degni di una certa importanza per il dato semeiotico che essi confermano come soltanto relativamente interessante. Esposti in cifre i rilievi sono questi:

1) Su 22 casi di appendicite subacuta in

TAVOLA RIASSUNTIVA

N.	Cognome e nome	Operazione	Data	Operatore	Esame oculare
1	P. Irma	App. cronica	22-VIII-30	Dott. Messuti	Midriasi d.
2	B. Rita	App. subacuta	Id.	Id.	n. d. n.
3	D. Antonietta . .	App. cronica	Id.	Dott. Scotti	n. d. n.
4	S. Ofelia	Id.	30-VIII-30	Prof. Stoppato	n. d. n.
5	G. Irma	App. subacuta	9-IX-30	Dott. Messuti	Midriasi s.
6	C. Ida	App. cronica	16-IX-30	Id.	Midriasi d.
7	T Ada	Id.	Id.	Dott. Scotti	n. d. n.
8	P. Giovanni . .	App. subacuta	18-IX-30	Dott. Messuti	n. d. n.
9	R. Maria . . .	App. cronica ed ovar. d.	25-IX-30	Prof. Stoppato	Midriasi d.
10	L. Pia	App. cronica	27-IX-30	Dott. Scotti	n. d. n.
11	N. Giov. Batt. .	App. subacuta	30-IX-30	Dott. Messuti	Midriasi d.
12	P. Luisa	Id.	Id.	Prof. Stoppato	Midriasi d.
13	C. Guido	Id.	2-X-30	Dott. Messuti	n. d. n.
14	F. Bruna . . .	App. cronica	Id.	Dott. Burroni	n. d. n.
15	D. Emma . .	Id.	Id.	Dott. Messuti	Midriasi d.
16	D. Giuseppa . .	App. subacuta	Id.	Prof. Stoppato	n. d. n.
17	B. Bice	App. acuta	4-X-30	Id.	n. d. n.
18	G. Yole	App. cronica	7-X-30	Dott. Burroni	n. d. n.
19	M. Dina	Id.	Id.	Dott. Scotti	n. d. n.
20	G. Cesarina . . .	App. subacuta	11-X-30	Dott. Messuti	n. d. n.
21	R. Ada	App. cronica	15-X-30	Dott. Scotti	Midriasi d.
22	S. Mario . . .	App. subacuta	16-X-30	Prof. Stoppato	Midriasi s.
23	V. Ermelita . .	App. cronica	29-X-30	Dott. Messuti	n. d. n.
24	D. Eros . . .	Id.	6-XI-30	Id.	n. d. n.
25	C. Matilde . . .	App. cron. e grav.	Id.	Prof. Stoppato	Midriasi d.
26	G. Virginia . . .	App. cronica	11-XI-30	Id.	n. d. n.
27	F. Annita . . .	App. subacuta	Id.	Dott. Scotti	Midriasi d.
28	S. Ines . . .	Id.	13-XI-30	Prof. Stoppato	n. d. n.
29	V. Adriana . . .	App. cronica	Id.	Dott. Messuti	n. d. n.
30	P. Maria	App. subacuta	22-XI-30	Id.	Midriasi d.
31	S. Giulia . . .	Id.	25-XI-30	Id.	Midriasi d.
32	B. Luisa . . .	Id.	18-XII-30	Id.	Midriasi d.
33	F. Antonietta . .	App. cronica	23-XII-30	Prof. Stoppato	n. d. n.
34	C. Piero	App. subacuta con occl. int.	27-XII-30	Id.	n. d. n.
35	Z. Piero	App. subacuta	3-I-31	Id.	Midriasi d.
36	S. Luciana . . .	Id.	6-I-31	Id.	n. d. n.

N.	Cognome e nome	Operazione	Data	Operatore	Esame oculare
37	T. Valeria . . .	Id.	Id.	Id.	Midriasi d.
38	B. Vittorio . . .	Id.	10-I-31	Id.	n. d. n.
39	T. Margherita . .	App. cronica	13-I-31	Id.	n. d. n.
40	M. Italo	App. subacuta	Id.	Id.	Midriasi s.
41	F. Gina	App. cronica	15-X-31	Id.	n. d. n.
42	G. Tosca	Id.	Id.	Dott. Messuti	Midriasi d.
43	G. Antonietta . .	App. cronica e ovar. d.	5-XI-31	Prof. Stoppato	Midriasi d.
44	B. Maria	Id.	7-XI-31	Id.	n. d. n.
45	S. Pietro	App. subacuta	Id.	Id.	n. d. n.
46	F. Rosina . . .	App. cronica	17-XI-31	Id.	n. d. n.
47	C. Lola	Id.	Id.	Dott. Scotti	Midriasi d.
48	P. Teresa . . .	App. cron. e ernia ing. d.	Id.	Prof. Stoppato	Midriasi d.
49	S. Amelia . . .	App. subacuta	Id.	Dott. Messuti	n. d. n.
50	V. Elvira	App. cronica		Prof. Stoppato	Midriasi d.

N. B. — La ricerca della midriasi è stata eseguita senza pupillometro.

otto volte fu presente il segno descritto dal Buchmann, (in 3 volte fu presente quello controlaterale): percentuale 36,3;

2) su 23 casi di appendicite cronica in nove volte fu presente il segno suddetto: percentuale 39,1. Se si vogliono considerare anche i casi complicati da ovarite (4) si ha una percentuale di 40,8;

3) nell'unico caso di appendicite acuta preso in considerazione non fu osservata midriasi nè a destra nè a sinistra.

È evidente quindi che in casi di appendicite si può avere una modificazione del diametro pupillare a destra, nel senso di un aumento, in una percentuale piuttosto notevole dei casi ma non certo superiore alle percentuali trovate per esempio da Donini per altri organi ammalati del cavo addominale: colecistopatie 81 %, ipersplenomegalie 87,5%, coliti 81,8 %, ecc.; non resulta esservi una differenza marcata fra i casi di appendicite subacuta e quelli di appendicite cronica ma pare che in ambedue le evenienze il fatto infiammatorio, di data purchè non recentissima, possa stabilire la modificazione pupillare di cui sopra. Non resulta infine che la midriasi a sinistra sia troppo frequente perchè soltanto fu osservata in casi subacuti e comunque non supererebbe la percentuale del 6 nella totalità dei casi presi in esame.

Concludendo possiamo dire che l'importanza del segno è tutt'altro che assoluta, almeno per quello che abbiamo potuto constatare noi, come del resto non sono assoluti gli altri segni soggettivi ed obbiettivi di cui è stato fatto parola; però, se nei casi subacuti sarà superfluo, il più delle volte, ricercarlo, esistendo altri dati più sicuri, nelle appendiciti croniche dubbie quando la storia e l'esame obbiettivo sono insoddisfacenti o contraddittori non sarà inutile anche la ricerca dell'anisocoria.

Firenze, 16 ottobre 1931-IX.

RIASSUNTO.

L'A. dall'esame di 50 casi di malati di appendicite (operati) in cui non vi erano nè in atto nè in esito fatti patologici dell'apparato nervoso e respiratorio, rileva che il segno obiettivo dell'anisocoria (midriasi destra) è tutt'altro che assoluto per la diagnosi di appendicite cronica.

BIBLIOGRAFIA.

Italiana.

1907. DURANTE-LEOTTA. *Trattato di Medicina operatoria.*
1925. PASCALE. *Annali Italiani di Chirurgia.*
1925. BINAGHI. *Archivio Italiano di Chirurgia.*
1925. CABRINI. L'Ospedale Maggiore.

1927. Cavallini. *Annali di Medicina navale e coloniale.*
1927. Longhitano. *Morfologia e Patologia dell'appendice vermiforme.*
1928. Salotti. *Diario Radiologico.*
1928. Donini. Giornale di Clinica Medica.
1928. Catelani. Rivista di Clinica Medica.
1929. Lazzarini. *Archivio Italiano di Chirurgia.*
1929. Salotti. Minerva Medica.
1930. Babini. *La Pratica Chirurgica.*
1930. Pellini. Edizione Sperling e Kuffer.
1930. Pescatori. Quaderni Radiologici.
1931. Cazzamali. La Clinica Chirurgica.
1931. Buisson. Minerva Medica.
1931. Neirotti. Ibid.
1931. Minucci. Policlinico, Sez. Pratica.
1931. Peri. Difesa Sociale.

Estera.

1888. Mac Burney. New York Med. Journ.
1897. Dieulafoy. *Leçons à la Clin. Méd. de l'Hôtel-Dieu*, Paris.
1902. Languet. Sémaine Méd.
1920. Aime. Soc. Méd., Paris.
1924. Id. Bull. et Mém. de la Soc. Méd., Paris.
1924. Brulé. Presse Médicale.
1925. Masson. Acad. des Sciences, Paris.
1930. Kumael. Klin. Wochenschrift.
1930. Rodriquez-Ruizconde. Semana Medica.
1930. Henriquez. New Orleans Med. a. Surg. Journ.
1930. Buchmann. Presse Médicale.
1930. Kueffer und Kaspaz. Bruns Beiträge zur Klin. Chir.

(Per le altre notizie bibliografiche vedi nelle memorie suddette).

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Policlinico Umberto I — II Padiglione.
Prof. O. Margarucci, direttore.

Pseudo-ermafroditismo femminino.

Dott. Domenico Susca.

Nella classe degli anfibi Anuri esiste l'ermafroditismo allo stato diremo così potenziale. Difatti in questa classe è stato notato nel testicolo allo stato embrionale oltre ai soliti corpi grassi comuni a tutti gli anfibi, un corpo giallo di speciale struttura che prese il nome dal Bidder che maggiormente lo studiò. L'organo normale di Bidder fu da alcuni Autori considerato come testicolo, mentre dai più è considerato quale ovaio rudimentale. Fra questi ultimi il Cerruti (1908) ha dato la dimostrazione della corrispondenza istologica degli obuli dell'organo di Bidder e i cociti degli ovai normali. Secondo Cerruti questo organo si deve considerare come un ovaio, i cui elementi non arrivano a maturazione e vanno soggetti a degenerazione.

Oltre all'organo di Bidder normale esistono in questa classe degli organi di Bidder sporadici che pare abbiano la stessa funzione di quelli normali (Caroli). Essi dimostrano come sia possibile, che dalla zona non ancora bene differenziata dell'abbozzo genitale di evolvere verso il sesso femminile — mentre l'altra parte si trasforma in testicolo. Sia l'organo di Bidder normale, che quelli sporadici dimostrano la tendenza ermafroditica della gonade.

Ermafroditismo sperimentale. — È stato realizzato da circa una diecina di anni da Steinach e da Sand separatamente. Gli esperimenti si sono seguiti negli anni seguenti sui mammiferi per opera di Sand e sui gallinacei per opera di Pézard, San, Caridroit ed hanno portato a risultati interessantissimi. Sui mammiferi (Sand) si è visto che trapiantando simultaneamente ovaio e testicolo sullo stesso animale, si sviluppano in questo dei caratteri maschili e femminili (pene-vescicole seminali-prostata-glandola mammaria ipertrofica con secrezione di latte). Questi trapianti sono stati fatti sia sotto la cute addominale, sia trapiantando le ovaia nei testicoli (metodo di Sand). Quest'ultimo ha dato migliori risultati.

Sembra però che questi trapianti riescono meglio se sono preceduti dalla castrazione totale o parziale dell'animale sul quale sono eseguiti. Ciò ha dato occasione a Lipschütz, che ha eseguito numerose esperienze sui trapianti intrarenali di ovaio nei mammiferi, di sostenere che veramente esiste un certo antagonismo fra le ghiandole sessuali. Però altri autori (Sand) sono riusciti a produrre l'ermafroditismo sperimentale su animali non castrati. Pézard-Caridroit hanno sperimentato sui gallinacci ed hanno visto che il gallo reso ermafrodito conserva i suoi caratteri maschili (cresta, organi sessuali, istinto combattivo, canto) ecc., però il suo piumaggio diventa come quello di una gallina. Pure lo sprone continua a svilupparsi.

Nella gallina (Pézard, Caridroit) hanno eseguito in primo tempo l'asportazione totale e subtotale delle ovaie, poi hanno innestato del testicolo di gallo nel peritoneo. Le galline così trattate acquistano subito una cresta sviluppata, rigida, però il piumaggio resta quello di una gallina. I testicoli prelevati dopo 19 mesi mostravano strutture normali.

Nella razza umana. Sebbene teoricamente possibile per l'identità dell'abbozzo genitale primitivo nelle prime settimane di vita embrionale, l'ermafroditismo vero, dato dall'accoppiamento dei genitali maschili e femminili nello stesso individuo, è rarissimo a verificarsi. Vi è sempre una prevalenza — data dalla più o meno completa maturazione delle

ghiandole presenti. Si tratta spesso quindi di ermafroditismo incompleto espurio mascolino e femminino. Di questi casi che non sono molto frequenti ben quattro sono stati ricoverati e studiati al II Padiglione Chirurgico ed operati dal Prof. Margarucci.

In un caso pubblicato da Lollini (*Pol.*, Sez. Chir,, 1918) si trattava di un giovane di a. 19 iscritto allo stato civile come donna. Obbiettivamente ginecomastia, assenza dei peli nelle varie regioni del corpo; assenza di mestruazione. Psichicamente indifferente. Era stato inviato come affetto da ernia inguinale bilaterale. Le due tumefazioni qualificate come ernia contenevano i testicoli che esaminati microscopicamente denotavano prevalenza di connettivo, cellule interstiziali, assenza del dotto deferente.

Altro caso fu pubblicato dal Filardi (*Ibid.*, 1918). P. S., di anni 15, da Aquila. Ricoverato per ernia inguinale bilaterale, anche in questo caso si aveva: ginecomastia, scarsezza di peli, assenza di mestruazione, clitoride ipertrofico. Presenza del deferente. Psichicamente indifferente. L'esame microscopico dava il reperto come nel caso precedente.

Il Foscarini (*Rivista Ospedaliera*, marzo 1912) ha pubblicato due casi di pseudoermafroditismo maschile famigliare.

Si trattava di due sorelle, la prima di anni 8 aveva l'apparenza di una bambina: capelli lunghi, mammelle, ecc. Presentava le seguenti anomalie all'esame dei genitali esterni; il grande labbro di destra fortemente tumefatto ricopriva il clitoride abbastanza sviluppato da sembrare un pene con porzione distale conformato a glande, all'apice del quale si trovava una fossetta simulante il meato urinario. Il vero meato urinario era alla base del glande. L'altro grande labbro era atrofico. All'anello inguinale est. sinistro si palpava un corpicciuolo spostabile, dolente alla palpazione. All'operazione eseguita dal prof. Margarucci si rinvenne a destra una sacca idrocefalica connessa inferiormente mediante tessuto fibroso alla parte corrispondente del grande labbro. All'anello inguinale sinistro un vero e proprio testicolo confermato tale pure all'esame istologico.

Il secondo caso, sorella del precedente, di anni 26, coniugata da otto anni. Il coito avveniva generalmente per l'ano e qualche volta nella fossetta uretrale al dire della paziente. Di costituzione somatica maschile, arti muscolosi, voce a timbro basso, mammelle maschili; i genitali esterni presentavano un pene della lunghezza di cm. 6 con prepuzio, alla base esisteva il meato urinario. Le grandi labbra contenevano ciascuna un testicolo. L'insieme dava l'impressione di uno scroto bipartito. Il marito dopo 8 anni di convivenza aveva chiesto il divorzio.

Il quarto caso della serie è capitato durante il mio assistentato nel secondo Padiglione ed è quello a cui si riferiscono le fotografie pubblicate.

Laura F., a. 19, da Perugia, donna di casa, nubile. La madre ebbe dodici gravidanze, due figli soli viventi e sani, gli altri morti in giovanissima età per malattie varie. L'altra sorella gode buona salute ed è sviluppata normalmente. La P. ha sofferto il tifo all'età di 4 anni, in seguito ha sempre goduto buona salute. Fin dalla più giovane età ha notato la presenza di due piccole tumefazioni nelle regioni inguinali, tumefazioni di solito indolenti, ma che negli ultimi tempi avevano cominciato a dare fastidio. Dice di non ave-

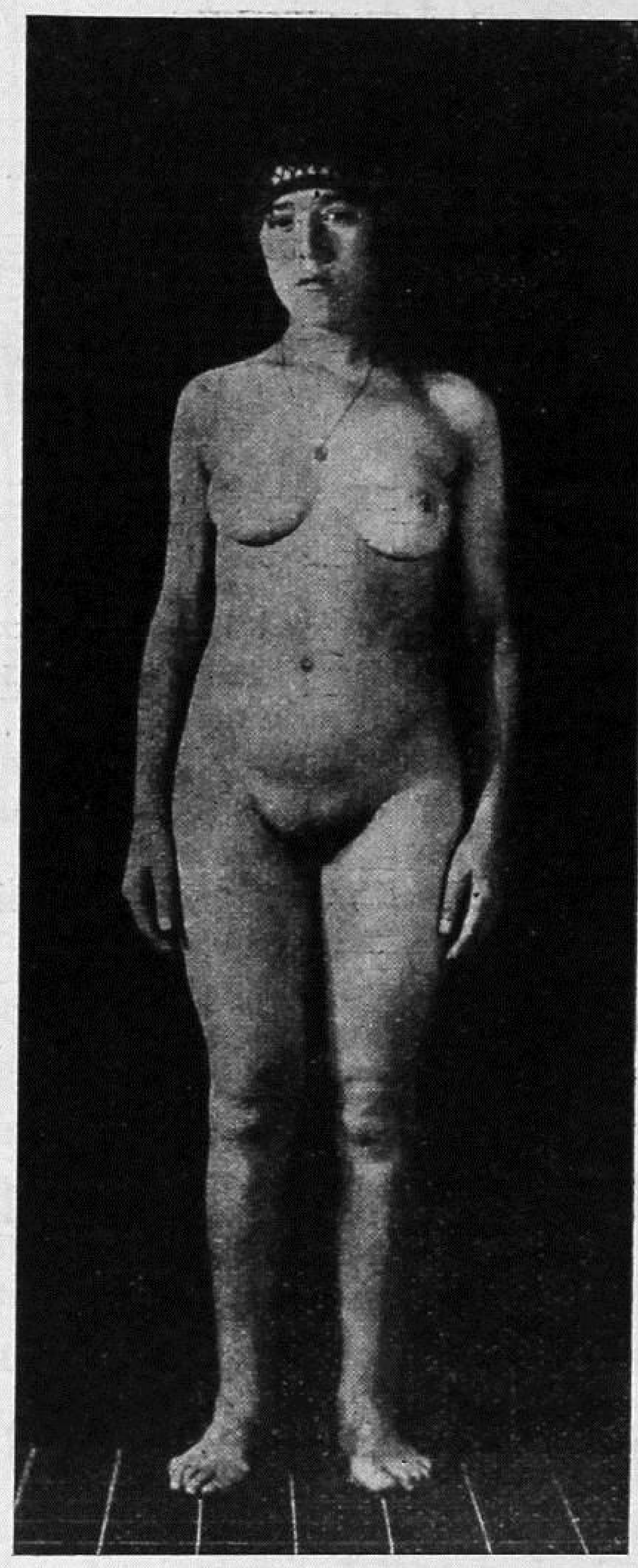


FIG. 1.

re mai avuto le mestruazioni. È sessualmente indifferente.

Somaticamente la P. è sviluppata come una donna, capelli lunghi, voce femminile, seni bene sviluppati, notasi la mancanza assoluta di peli alle ascelle ed al pube. In corrispondenza degli orifizi inguinali esterni notasi una tumefazione della grandezza di un piccolo mandarino, quella di destra un po' più grande, piuttosto ovalare; alla palpazione appare sormontata da un'altra piccola tumefazione oblunga un po' dolente. Queste tumefazioni sono spostabili fino all'inizio del grande labbro. Le grandi labbra appaiono di grandezza normale, solo lungo la rima vulvare sono ricoperte da una fine peluria. Divaricandole notansi le piccole labbra appena abbozzate. Il clitoride è della grandezza di un pisello ed è formato a cercine. Il meato urinario trovasi al disotto del clitoride. L'imene è normale e presenta al centro un foro. Esso permette l'introduzione in vagina di una fiala di H_2O da 2 cmc., con questo mezzo

si osserva che la vagina termina a fondo cieco a 2 cm. dell'ostio vulvare. L'esplorazione rettale fa notare l'assenza dell'utero nella sua sede normale.

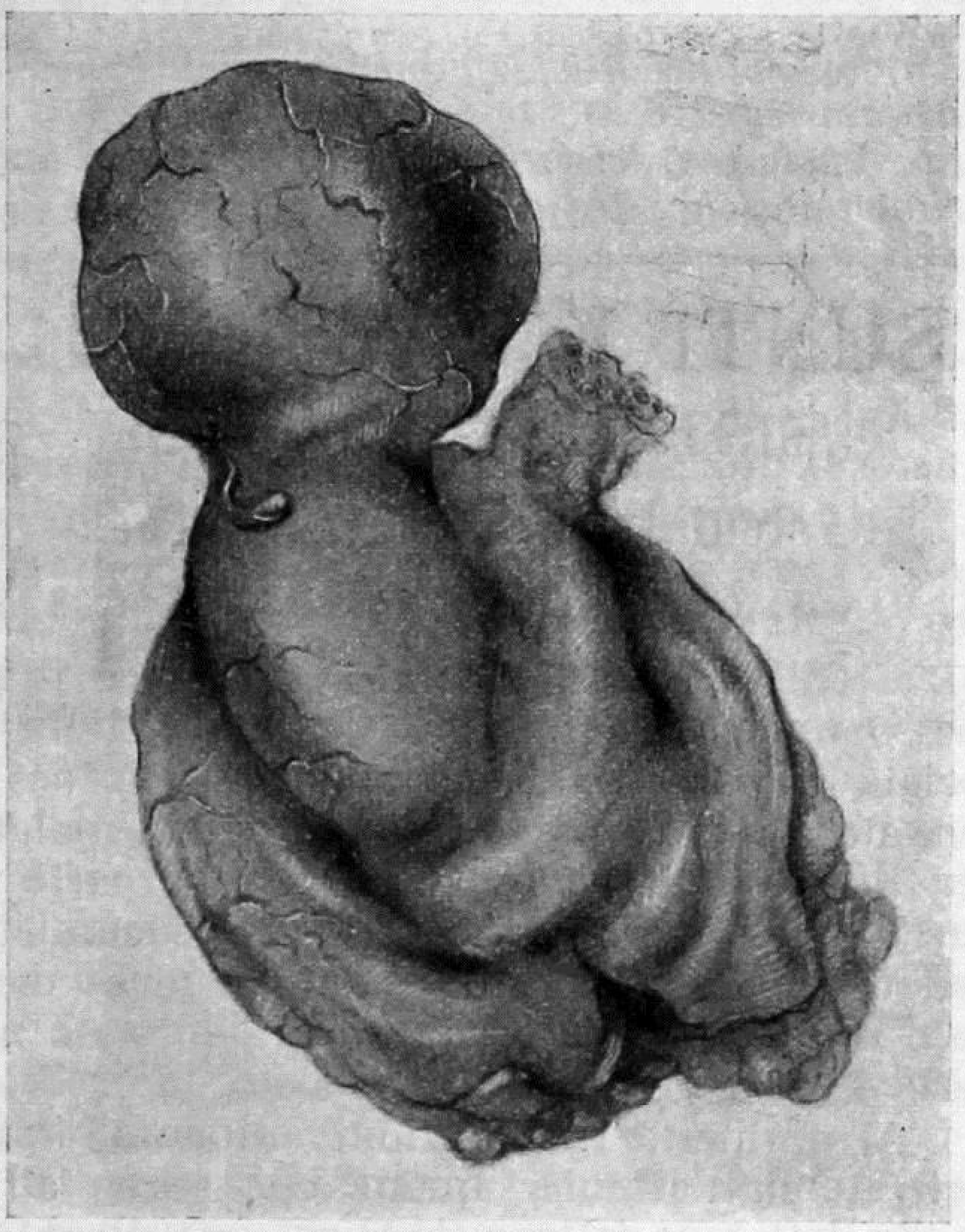


FIG. 2.

L'operazione fu eseguita dal prof. Margarucci. Narcosi eterea. Incisione a destra come per l'er-

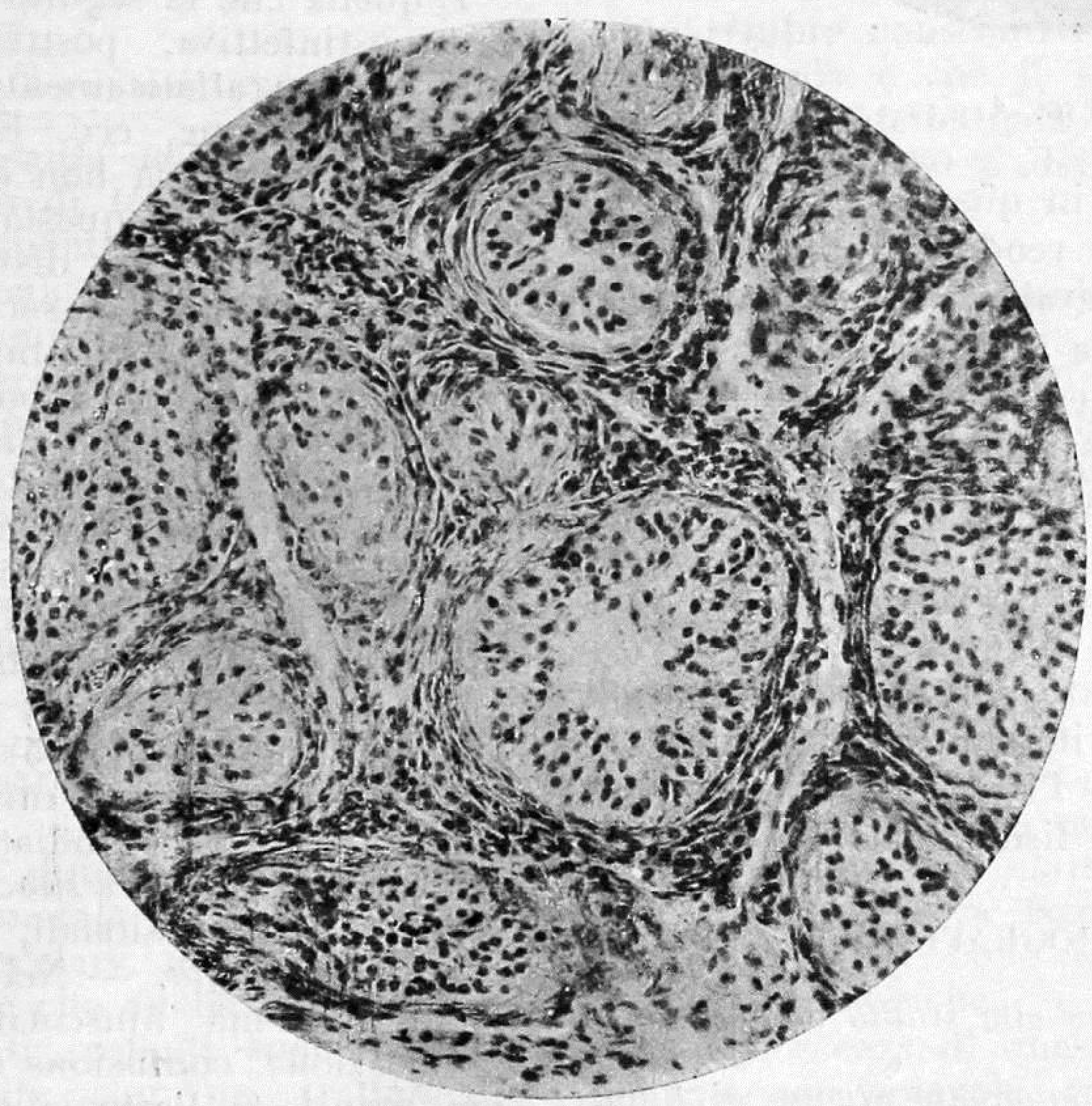


FIG. 3.

nia; si rinviene un corpicciuolo della grandezza di un dattero avvolto completamente da una tunica sierosa, esso presenta ad uno dei poli una cavità cistica riunita al corpo principale da un sottile peduncolo. Durante le manipolazioni operatorie essa si rompe e fuoriesce liquido citrino limpido. Questo corpo è riunito al grande labbro di destra da tessuto fibroso. Il tutto viene asportato per essere sottoposto ad esame microscopico.

L'esame istologico ha dato il seguente reperto: la tunica albuginea ben delimitata, essa è bene chiara. Diminuzione della tunica vascolosa? Il parenchima del testicolo si compone di tubuli contorti numerosi ed intrecciati fra di loro. Il tessuto interstiziale è in alcune parti aumentato, in altre diminuito con cellule interstiziali poco differenziate. Mancano i setti. Epitelio, tubuli conrenziate e difficili a colorarsi. Mancanza di cellule torti è multistratificato, le cellule sono mal diffedi Sertoli e di spermatogoni. Nell'interno dei tubuli contorti si trovano masse amorfe. L'epididimo si compone di tessuto fibroso e di numerosi vasi. Nei diversi tagli fatti non si trova il deferente.

Evidentemente dall'esame istologico si ha la certezza che si tratta di un testicolo, che è poco funzionante in quanto la p. non presenta nessun carattere sessuale secondario maschile. Secondo Pende i caratteri sessuali secondari non sarebbero determinati solamente dalla ghiandola genitale, ma vi parteciperebbero con la loro secrezione interna a tiroide, la capsula surrenale e l'ipofisi, però tali ghiandole avrebbero un'azione stimolante il tessuto endocrino genitale, e citando non solo i caratteri omosessuali, ma anche i rudimenti dei caratteri eterosessuali latenti nell'individuo. Normalmente vi sarebbe equilibrio fra le diverse secrezioni interne; patologicamente venendo meno questo equilibrio, la secrezione delle altre ghian-

dole endocrine stimolerebbero i rudimenti dei caratteri eterosessuali.

Pende inoltre osserva che in alcuni tumori della corteccia surrenale e della ipofisi di individui normali si sviluppano caratteri sessuali con forme di pseudoermafroditismo, specie nella donna (Pende, *Endocrinologia*, 1915).

Nel caso che a noi preme — si può ripetere l'ipotesi che si tratti o di testicoli poco funzionanti — oppure (cosa probabile) si deve ammettere la presenza in questa donna di ovaie ben funzionanti che rendono nulla e si contrappongono con prevalenza interna dei testicoli. La certezza della presenza di queste ovaie non si può naturalmente avere in un intervento operatorio necessariamente limitato come quello che è stato praticato alla nostra paziente.

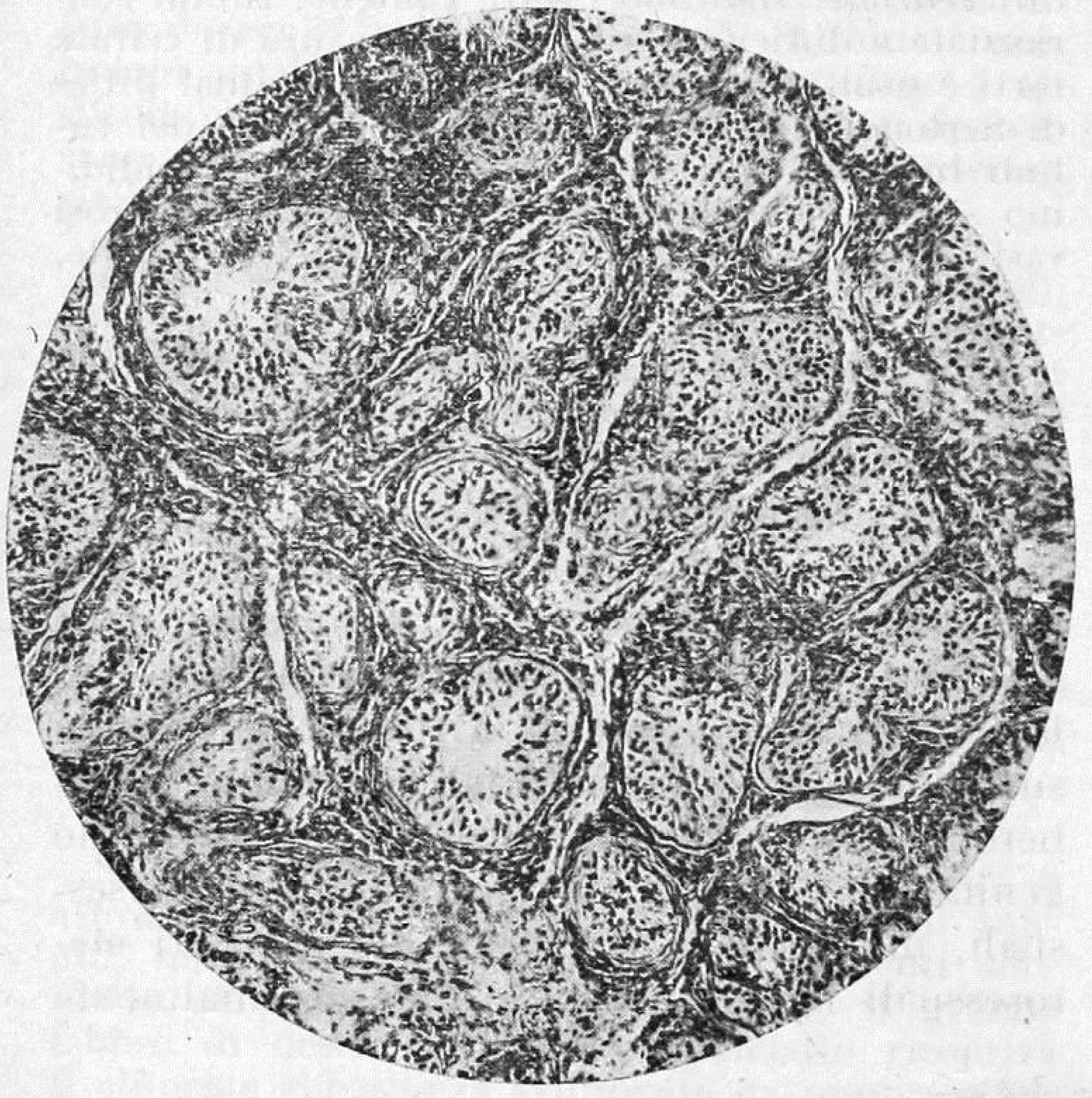


FIG. 4.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un caso di pseudo-ermafroditismo femminino e riferendosi ad altri tre casi studiati nello stesso Padiglione ne trae delle deduzioni cliniche e fisiologiche.

BIBLIOGRAFIA.

CERRUTI. *Contribuzione allo studio dell'organo di Bidder*, 1908.

CAROLI. *Variazioni ed anomalie organo di Bidder negli Anuri*. Siena, 1926.

DEBIERRE CH. *Hermaphroditisme*, Paris, 1891.

FILORDI. Pol., Sez. Chirurgica, 1918.

LIPSCHÜTZ. *Ricerche sull'ermafroditismo sperimentale e sull'antagonismo fra le glandole sessuali*. Rassegna Studi Sessuali, anno IV, n. 5.

LOLLINI. Pol., Sez. Chirurgica, 1918.

NEUGEBAUER. *Hermaphroditismus beim Manschen*, 1908.

SAND K. *Le problème de l'antagonisme des glandes sexuelles*. XII Cong. Int. Fisiologia, Stoccolma.

ID. *L'hermaphroditisme espérimentale chez les mammifères.*

SAND, PÉZARD, CARIDROIT. *Hermaphroditisme expérimentale chez les gallinaces.*

SUNTI E RASSEGNE.

SISTEMA NERVOSO.

Astenia e malattie asteniche.

(R. BENON. *Journ. des praticiens*, 16 gen. 1932).

L'astenia nervosa generale costituisce il più spesso una sindrome episodica ed è allora associata ad altre sindromi, talvolta appena accennata nel vasto complesso della malattia generale, tal'altra appare invece la parte essenziale del quadro morboso. In generale, il malato dopo qualche settimana o mese di riposo e di trattamento, ritrova il suo stato normale e viene considerato guarito.

L'A. ammette tre affezioni autonome caratterizzate dall'astenia: quella che segue ad una malattia, quella periodica, recidivante e quella costituzionale.

L'ASTENIA CRONICA CONSECUTIVA.

È quella che fa seguito ad una malattia acuta (postinfettiva, posttraumatica, postoperatoria), al sovraffaticamento, alla insolazione, ad un'intossicazione, ecc. Essa è suscettibile di miglioramenti, ma non di guarigioni.

Caratteristica di questa forma è il fatto che l'astenia, invece di dissiparsi dopo qualche settimana come si osserva di consueto, permane e rimane incurabile, salvo casi rari di guarigioni avvenute dopo 2-3 anni.

Può essere data dai più vari stati morbosi: 1) le *infezioni* (la tifoide, l'influenza, il reumatismo articolare acuto, la meningite cerebro-spinale, talora la malaria, la dengue, ecc). 2) Le *intossicazioni*, specialmente alimentari (da funghi, da molluschi) da gas asfissianti. 3) Le forti *emorragie*. 4) I *traumi*, specialmente quelli del cranio. 5) Il *sovraffaticamento* sia intellettuale che muscolare. 6) L'*insolazione*, finora poco studiata come causa di questa forma. 7) Gli « *shock* » *emozionali dolorosi*, gli stati passionali, gli accessi di delirio.

Sintomatologia. — Nei casi tipici, sono evidenti l'astenia muscolare e quella psichica (anideazione, confusione delle idee). Sono sempre manifeste l'astenia gastrica, intestinale e genitale; sono rari gli astenici cronici che non accusino pesantezza di stomaco, costipazione, debolezza genitale. L'astenia visiva (disturbi subbiettivi della vista, stancabilità muscolare visiva rapida) e quella cardiaca (ipotensione

abituale) mancano raramente nel quadro clinico.

A questi segni, si debbono aggiungere: la cefalea al minimo sforzo, talvolta la rachialgia, gli stordimenti, i ronzii di orecchio, l'insonnia, l'irritabilità, la sensibilità agli alcoolici, al caffè, ecc.

Nei casi atipici i fenomeni astenici non sono netti, mentre i malati richiamano l'attenzione sopra alcuni particolari fenomeni, quali la cefalea, i dolori alle reni, l'insonnia, le palpitazioni, ecc. Altre volte, chi li circonda mette soprattutto in rilievo l'irritabilità, le tendenze melanconiche, le concezioni ipocondriache. Negli ipertimici costituzionali, negli impulsivi, l'astenia cronica consecutiva è rara, ma quando si ha riveste la forma atipica.

Trattasi generalmente di forma media o leggera di astenia, che non arriva mai allo stupore, se non come conseguenza di un aggravamento dopo una nuova emozione, un affaticamento, ecc.

L'astenia cronica consecutiva è per modo di dire stabilizzata; il paziente diventa il proprio medico, sa quello che è capace di fare e non oltrepassa che raramente i limiti delle sue forze. In alcuni però, essa subisce delle oscillazioni di intensità, con aggravamenti e miglioramenti.

Raramente, si hanno complicazioni di psico- o neuropatie. Tuttavia, si può arrivare alla demenza precoce nei giovani e, negli adulti, alla melanconia delirante, all'ipocondria, al delirio di persecuzione. In rari casi, può far posto alla mania o complicarsi a crisi isteriche.

L'ASTENIA PERIODICA.

Si osserva senza causa nota ed ha durata limitata ad un lasso di tempo quasi sempre uguale per ogni individuo. Corrisponde alla depressione melanconica od alla melanconia con delirio, espressioni inesatte perchè lo stato melanconico è secondario. È caratterizzata da accessi che si ripetono ogni 6 mesi, ogni anno o ad intervalli anche più lunghi che non si alternano con mania od iperstenia periodica.

Si riscontra sempre un primo accesso, dovuto a sovraffaticamento, a traumi, ad infezioni; esso scompare poi gradatamente, ma dopo un certo periodo, ricompare e questa volta bruscamente, scomparendo poi pure bruscamente.

Sono agevolmente dimostrabili i segni dell'astenia nervosa generale. Talvolta sembra prevalere quella muscolare, mentre ad un esame accurato, si vede che anche quella psichica è notevole. Quasi costanti sono l'astenia gastrica (migliorabile con un trattamento adatto), intestinale (costipazione) e visiva (nel leggere o scrivere); meno, invece, quella cardiaca. Comune è l'insonnia, generalmente non totale: il malato si addormenta facilmente e si risveglia poi verso le 2 o le 3, senza più trovare riposo. L'astenia genitale, totale o quasi, preoccupa spesso il malato.

Caratteristico è il modo brusco di comparsa e scomparsa, oltre alla costanza dei fenomeni (con poche o punte oscillazioni) nel periodo in cui dura l'accesso (generalmente da 2 a 10 mesi).

Il grado varia secondo i diversi individui; si può però arrivare fino allo stupore, con inerzia totale.

Vi sono poi delle predominanze sintomatiche. Talvolta prevale l'astenia muscolare: il paziente è come annientato, ma può parlare abbastanza facilmente, senza gesti, e seguire una conversazione o leggere qualche pagina di romanzo. L'osservazione prolungata stabilisce però anche in tali casi la difficoltà di rimemorare, la lentezza dell'ideazione.

Talvolta poco pronunciati sono i disturbi gastro-intestinali (salvo la costipazione), la cefalea o la rachialgia; comune ed assai penosa è l'insonnia.

Le tendenze ansiose o melanconiche costituiscono delle vere complicazioni, che sono generalmente senza gravità, meno nei casi in cui gli impulsi suicidi sono vivi o ripetuti, costringendo talvolta all'internamento. Una complicazione che l'A. ha osservato più volte è data dall'onirismo (allucinosi senza delirio) diurno o notturno.

L'A. aggiunge poi alcune osservazioni sulla mania periodica, l'astenomania alterna, asteno-mania circolare, osservando che esse sono sempre consecutive ad un accesso di asteno-mania e che il sovraffaticamento muscolare od intellettuale rappresenta la causa più frequente (80 % dei casi) delle psicosi o distenie periodiche.

L'ASTENIA COSTITUZIONALE.

Questa forma esiste fin dalla nascita, al pari della debolezza mentale costituzionale, ed è difficile fissarne l'eziologia; è una forma cronica che è malagevole distinguere dall'astenia consecutiva ad infezioni, traumi ecc., che si può avere nella prima infanzia.

I sintomi sono quelli dell'astenia muscolare o psichica classica. Si tratta, generalmente, di forma leggera o media, senza irritabilità, nè tendenze melanconiche od ipocondriache. L'individuo è un astenico rassegnato; conosce bene il suo stato e sa esattamente ciò che è capace di fare, senza ricorrere ad inutili reazioni impulsive. Sono eccezionali le complicazioni psicologiche.

La conoscenza di queste tre forme presenta un interesse notevole, trattandosi di tipi comuni di psico-neuropatie che si incontrano molto spesso.

fil.

Le infezioni acute del sistema nervoso.

(A. WIMMER. *Revue Neurologique*, febb. 1932).

Le infezioni acute non suppurative del sistema nervoso possono così raggrupparsi:

A. *Infezioni acute, neurotrope* dell'asse cerebro-spinale con azione primaria, elettiva sul neurasse, con distribuzione diffusa o disseminata, con sintomatologia quasi esclusivamente neurologica.

Questo gruppo comprende:

1) L'encefalite epidemica:
 a) La paraencefalite di Sicard;
 b) La corea acuta del Sydenham;
 c) Le encefaliti erpetiche e zosteriane;
2) La poliomielite anteriore acuta;
3) La rabbia;
4) La sclerosi a placche e la sclerosi cerebrale diffusa di Heubner-Schilder.

B. *Forme intermediarie* con etiologia e nosografia ancora imprecise, con sintomatologia polimorfa e decorso vario.

Questo gruppo comprende:

1) L'encefalomielite acuta e subacuta idiopatica, criptogena, senza alcun rapporto evidente con un'infezione generale preesistente;
2) L'encefalomielite postvaccinica;
3) L'encefalomielite varicellosa;
4) L'encefalomielite morbillosa.

C. *Encefaliti ed encefalomieliti infettive accidentali, metastatiche* che si verificano nel corso di infezioni generali, quali l'influenza, il tifo, la malaria, la scarlattina, la pertosse, la parotite, la pulmonite, l'endocardite acuta, ecc. In queste forme i quadri clinici sono dominati dai sintomi non neurologici dell'infezione generale, sulla quale s'innesta la sindrome nervosa con decorso subordinato alla malattia generale e con tendenza alla regressione.

Queste affezioni non presentano problemi clinici e nosografici come quelli che s'incontrano nei primi due gruppi.

L'*encefalite epidemica* è caratterizzata durante lo stato acuto dalla prevalenza di sintomi a focolaio mesocefalici: disturbi oculari, letargia, ipercinesie coreiformi e miocloniche, ipertermia. Poi, nei malati che non soccombono, si ha la tendenza alla cronicità con una sindrome nervosa che in buon numero dei casi è a tipo parkinsoniano, ma che può rivestire altre forme (mielitiche, periferiche, polinevritiche, neurovegetative, epilessia, psicosi e forse anche meningite sierosa benigna).

Queste varietà possono assumere la forma atipica fin dal loro inizio e sono assegnate all'encefalite epidemica oltre che per il criterio epidemiologico per il fatto che talvolta esse sono seguite da una sindrome parkinsoniana così come la forma tipica.

Tale è il caso del singhiozzo epidemico che talvolta è seguito da parkinsonismo marcato.

Sicard ha proposto di dare il nome di *paraencefalite* al singhiozzo epidemico, alla corea acuta degli adolescenti, alle mesocefaliti a recidive, alla maggior parte dei torcicolli spasmodici. Ma tale nomenclatura non è stata generalmente accettata.

La *corea acuta del Sydenham* può seguire a varie infezioni, al vaiuolo, alla scarlattina, al tifo, alla difterite, ecc., e sopra tutto al reumatismo articolare. Ma è dubbio che l'affezione sia dovuta ad una localizzazione cerebrale degli stessi agenti patogeni delle infezioni generali. Generalmente si tende ad ammettere che essa sia dovuta ad un virus che abbia un'affinità specifica per alcuni gruppi cellulari del cervello, sopra tutto per le piccole cellule gangliari del neostriatum.

Le *affezioni erpetiche* hanno dato in qualche caso accidenti nervosi, che hanno fatto pensare ad un'identità del virus di tali infezioni con quella dell'encefalite epidemica. Ricerche sperimentali e cliniche hanno fatto escludere qualsiasi relazione fra le due affezioni.

L'*herpes zoster* oltre che i nervi periferici, le radici posteriori ed i gangli intervertebrali, può colpire le meningi, le corna posteriori ed anche quelle anteriori dando il quadro delle mieliti.

La natura infettiva della *poliomielite anteriore acuta* è ora ben definita. A questa infezione vanno verisimilmente attribuiti casi di malattie altrimenti denominate, come da paralisi ascendente di Landry.

La *sclerosi a placche* è una malattia nervosa con cronicità marcata, ma certamente di origine infettiva, il cui agente rimane ancora ignoto. Se nella grande maggioranza dei casi la malattia s'inizia silenziosamente, talvolta il suo inizio è segnalato da sintomi neurologici più o meno pronunziati (disturbi oculari, paralisi, neuriti retrobulbari ecc.) separati per molti anni dai sintomi patognomonici dell'affezione. D'altra parte sono registrati molti casi di sclerosi a placche a decorso acuto.

La *sclerosi cerebrale* diffusa di Heubner-Schilder sembra anche essa di natura infettiva ed ha certo un quadro istopatologico analogo a quello della sclerosi a placche o della encefalomielite disseminata.

L'*encefalomielite disseminata acuta o subacuta* è un'affezione che colpisce di preferenza i bambini ed i giovani. L'invasione è acuta o subacuta. La sintomatologia è polimorfa: accidenti mielitici, paralisi flaccide o spastiche, sindrome di Brown-Sequard, sintomi d'affezione combinata dei cordoni midollari, atassia acuta, tremori, disturbi sfinterici, disturbi della sensibilità e della reflettività, disartria, afonia, disfagia, disturbi oculari ecc.

L'inizio è accompagnato da febbre, stato di agitazione, sonnolenza.

L'affezione può guarire, ma nella maggioranza dei casi lascia deficit funzionali più o meno marcati e vari.

Attualmente si ha tendenza a mettere in stretta relazione, per lo meno dal punto di vista etiologico, la sclerosi cerebrale diffusa, la sclerosi a placche e l'encefalomielite disseminata acuta o subacuta.

L'*encefalomielite vaccinica* si manifesta nei bambini per lo più 10-13 giorni dopo la vaccinazione. Si ha spesso febbre altissima e sintomi meningei. Frequenti sono le mioclonie, specie dei muscoli addominali, le convulsioni epilettiformi e gli attacchi tetaniformi. Possono contemporaneamente aversi paraplegie spinali con iperreflessia tendinea ed inversione del riflesso plantare, paralisi flaccide con areflessia emiplegie o monoplegie nettamente cerebrali, paralisi facciali e oculari, neurite ottica, disturbi sfinterici, sonnolenza marcata continua e intermittente.

L'esito mortale è la regola.

In quelli che sopravvivono si stabiliscono gravi fatti permanenti, emiplegie, paraparesi, deficit mentale.

Le lesioni anatomiche consistono in focolai disseminati analoghi a quelli della sclerosi a placche.

Secondo alcuni l'affezione sarebbe dovuta allo stesso virus vaccinico, ma la maggioranza degli autori propende a credere all'attivazione di un germe neurotropo.

L'*encefalomielite varicellosa* ha una sintomatologia clinica analoga alla precedente ma meno grave. Anche la prognosi è più favorevole. Le lesioni prevalgono nella sostanza bianca.

L'*encefalite morbillosa* si manifesta per lo più durante il periodo della scomparsa dell'esantema o durante la convalescenza e con una nuova forte elevazione termica.

Nelle forme più leggere si ha il quadro clinico del meningismo· sonnolenza, cefalea, Kernig, talvolta convulsioni. Il decorso è favorevole con esito in guarigione.

Nei casi più gravi si hanno i sintomi di una vera encefalite disseminata: convulsioni, emiplegie, paraplegie, atassia cerebellare, ipercinesie coreiformi o atetotosiche, rigidità extrapiramidali, mioclonie, tremori, ecc.

Nel 10 % dei casi si ha la morte. Negli altri si ha guarigione con gravi conseguenze: emiplegie, convulsioni, narcolessia, deficit intellettuale.

Le analogie sintomatologiche, isto-patologiche, nonchè quelle del reperto del liquor, fanno pensare che le encefalomieliti vaccinica, varicellosa e morbillosa siano determinati da un unico germe neurotropo.

L'innesto vaccinico, la varicelle ed il morbillo agirebbero indirettamente soltanto sulla virulenza di questo germe o diminuendo la resistenza del nevrasse.

DR.

Su alcune complicazioni post-operatorie in chirurgia nervosa.

(DE MARTEL, GUILLAUME, LASSERY. *Le Jour. Médical Français*, n. 10, 1931).

Gli Autori ricordano come, nel 1912, abbiano riferito alla Società di Neurologia su di un caso in cui si intervenne nella sezione dorsale superiore del midollo osservando brusca elevazione della pressione arteriosa seguita subito da caduta accentuata della stessa mentre notevolmente aumentava la temperatura centrale. La temperatura crebbe in modo straordinario nelle ore successive ed il malato morì. L'autopsia mise in evidenza notevoli emorragie gastro-intestinali. Questa osservazione rimase isolata, schematizzando in effetto, le complicazioni post-operatorie in chirurgia nervosa.

Ricordano inoltre un altro caso in cui, avendo asportato un voluminoso tumore del midollo dorsale superiore, il paziente alla fine dell'intervento presentò sindrome identica all'osservazione precedente accompagnata da uremia ed oliguria. L'urea nel sangue oltrepassò i 3 grammi ma il funzionamento renale si ristabilì ed il malato guarì completamente.

Gli interventi sulle diverse regioni del cranio determinano disturbi ancora più complessi che gli autori riassumono così: Il paziente dopo aver sopportato l'operazione presenta pressione quasi normale, respiro regolare ed è cosciente. Dopo 2-3 ore la temperatura centrale si innalza, la pressione arteriosa ha raggiunto i 40-41 gradi. Il paziente cade in sub-coma, la cute è fredda, la pressione è bassa, la respirazione è sovente periodica. Se non si cura opportunamente il malato dopo 10-12 ore muore con temperatura a 42°. Spesso si osservano emorragie gastro-intestinali e l'urea sanguigna raggiunge i 6 grammi. In alcuni casi in cui è stato possibile fare l'autopsia il cervello si presentava edematoso ed i ventricoli erano ripieni di liquido cefalo rachidiano sotto alta pressione.

I visceri si presentano congestionati e si rilevano focolai emorragici in diversi organi e delle emorragie gastro-intestinali. Dal punto di vista istologico le surrenali sono ipotrofiche con scomparsa della sostanza cromaffine, si può cioè pensare alla esistenza di turbe angioneurotiche generalizzate. Con quale meccanismo si possono spiegare questi fenomeni? Poichè gli Autori hanno punto i ventricoli laterali ed hanno notato la presenza di notevole quantità di liquido sotto alta pressione, estratto il quale la temperatura si abbassa rapidamente, il paziente ritorna cosciente e respira con regolarità, hanno pensato logicamente che l'ipersecrezione del liquido cefalo rachidiano è quella che determina la dilatazione acuta dei ventricoli e la comparsa della sindrome.

Le semplici punture cerebrali sono capaci di determinare disturbi vasomotori a livello del plesso coroideo perturbando il meccanismo regolatore della tensione intraventricolare, facendo apparire la sindrome di ipertensione acuta. Convinti che l'ipersecrezione del plesso coroideo sia la causa delle sindromi post-operatorie gli Autori hanno pensato di sottrarre, drenando, il liquido cefalo rachidiano, in eccesso. Da sei mesi in tutti gli interventi sul cervello praticano il drenaggio continuo.

Il liquido cefalo rachidiano scola in quantità molto abbondante nelle prime 24 ore (500-600 grammi). Due giorni dopo la secrezione è molto diminuita e i drenaggi sono tolti. La temperatura non sorpassa mai i 38°,5; le condizioni generali del paziente si mantengono buone e, se la temperatura si eleva, è segno che il drenaggio non funziona. In due casi di tumore intraventricolare, seguendo questa tecnica, gli Autori hanno avuto ottimi risultati. Concludono affermando che la pratica del drenaggio ha modificato considerevolmente la prognosi di tali interventi. T. LAURENTI.

SISTEMA DIGERENTE.

L'eziologia delle coliti ulcerose.

(BUTTIAUX e SÉVIN. *Annales de l'Institut Pasteur de Paris*, 1931, pag. 173).

Le coliti che figurano fra le affezioni più frequenti del grosso intestino, si manifestano anatomicamente con uno stato infiammatorio della mucosa, talora benigno e passeggero, tal'altra grave e cronico. La sintomatologia delle c. è conosciuta: il più precoce sintoma è la diarrea, quasi sempre progressiva, con muco, leucociti e sangue nelle feci, e progressivi sintomi generali, anemia, dimagramento. La diagnosi non può farsi senza la rettosigmoidoscopia o la radiografia. Le c. croniche si accompagnano spesso a lesioni intestinali od extra intestinali: sindromi entero-renali, entero-epato renali, entero-polmonari, colecistiti, ecc. Pressochè insolubile — afferma Bonorino Udaondo — è il problema della etiologia delle c.

La maggior parte degli odierni AA., sono d'accordo nel ritenere le c. ulcerose di natura infettiva: le opinioni divergono sulla determinazione dei germi. Ma, accanto al fattore infettivo dobbiamo porre il fattore parassitario, poichè, se è vero che molte volte i parassiti intestinali agiscono in associazione ai germi infettivi favorendone lo sviluppo, irritando la mucosa intestinale, è pur vero che i parassiti intestinali possono agire anche da soli. Un colon parassitato anche da una lamblia od ameba coli innocua, fornisce il più favorevole terreno per lo sviluppo dei microbi.

Etiologia infettiva: il terreno intestinale è la sede di una intensa e varia vita microbica, e nelle feci la flora è identica sia nei normali che nelle c. ulcerose. Nella flora ritroviamo il bacterium coli, l'enterococco, il proteus, ed altri germi: essi costituiscono un ostacolo per lo studio batteriologico delle c.; e perciò è indispensabile per la ricerca del germe patogeno, abbandonare completamente le feci come mezzo di prelevamento: aggiungiamo che i microbi patogeni non si trovano, o non si ritrovano, quasi mai nelle feci. Il germe infettante è innicchiato nella profondità delle ulcerazioni ove bisogna prelevarlo, s'intende per mezzo del rettoscopio. I prelevamenti così effettuati permettono di schierarci dalla parte dei pluralisti, di coloro cioè che ammettono coliti con identica sintomatologia ma causate da microbi differenti, di fronte agli unicisti che ammettono un unico germe per le c. gravi (Bargen: diplococco).

Clinicamente, tralasciando le c. tubercolari, le c. sifilitiche, le c. tossiche, possiamo avere:

a) coliti ulcerose da bacilli dissenterici. Si credeva finora che questi bacilli determinassero sovratutto i fenomeni acuti della dissenteria bacillare. Schmidt ha insistito sulla frequenza delle lesioni croniche ed ulcerose del colon sequela di dissenteria bacillare acuta. Una osservazione dimostrativa degli AA., viene in appoggio di questo modo di interpretazione: « in un minatore di 33 anni, quattordici anni dopo aver contratto una dissenteria, si ritrova al rettoscopio un restringimento anulare con piccole ulcerazioni; il malato aveva evacuazioni liquide, mucose, talora emorragiche, con tenesmo e premiti, con cattivo stato generale; l'insemenzamento della raschiatura delle lesioni mette in evidenza un bacillo di Hiss, il siero del p. agglutina il bacillo così isolato ». L'osservazione si può paragonare a quella del Loewenthal;

In altri due casi Buttiaux e Sévin hanno isolato un bacillo di Flexner ed in un altro il b. di Hiss. In tutte e tre le osservazioni si nota un certo intervallo fra l'episodio di dissenteria acuta e la comparsa di lesioni rectosigmoidee: il bacillo dissenterico subisce dunque in questo periodo una fase di vita latente il cui rifugio ci sfugge; potrebbe essere la vescicola biliare.

b) coliti ulcerose da salmonella. In 12 casi sui 132 osservati, gli AA. hanno isolato la salmonella di Morgan. Tutti i casi sono simiglianti: diarrea progressiva, sempre più pronunziata, cedente all'inizio ai più banali rimedi, poi sempre più resistente alla terapia. Il bacillo di Morgan sembra essere il più frequente delle salmonelle nell'etiologia delle c. ulcerose. Il bacillo di Castellani si ritrova frequentemente nelle c. benigne: la sua importanza nelle c. gravi sembra essere accessoria. L'infezione iniziale del malato per parte delle salmonelle è spesso difficile a precisare: può trattarsi di intossicazione alimentare o di una

contaminazione da acqua potabile contaminata da deiezioni. Lo studio sperimentale delle c. da salmonella permette di mettere in evidenza un fatto già studiato dal Weinberg, cioè l'importanza dell'esaltazione della virulenza ad opera dell'enterococco. Le salmonelle si comportano nel p. come i dissenterici: periodo acuto comparabile ad una affezione paratifica con poussée febbrile, dolori addominali generalizzati, stato tifoso, feci diarroiche, mucose, frequenti, di poi remissione per qualche mese (in genere per uno spazio di tempo minore che per i dissenterici), ed infine segni di colite generalizzata o localizzata, con lesioni, al rettoscopio, emorragiche od ulcerose. Le c. da salmonella sono molto migliorate dalla terapia vaccinica;

c) coliti ulcerose da gonococco: la diagnosi clinica è basata súlla presunzione di contagio. La diagnosi batteriologica si basa sull'esame diretto di strisci eseguiti con materiali tratti dalla lesione, essendo le culture pressochè impossibili. La rectite ulcerosa e la rettosigmoidite da gonococco possono raggiungere, specie se mal curate, un grado di gravità considerevole. È importante notare che nella cronicizzazione delle rettiti gonococciche molto è dovuto ai microbi associati specie allo stafilococco aureo che frequentemente si ritrova nella flora delle ulcerazioni. Spesso un trattamento vaccinico locale con brodo antivirus preparato con questi germi associati permette di migliorare il soggetto;

d) coliti ulcerose da banali batteri: sono le c. nelle quali l'esame batteriologico mette in evidenza germi banali intestinali. In prima linea lo streptococco: questo, segnalato già da Lockart è stato dagli AA. ritrovato 28 volte su 132 casi. La maggioranza di questi streptococchi non è emolitica. In seconda linea lo stafilococco: l'aureo è stato ritrovato nel 90 % delle coliti gravi esaminate dagli AA. D'altra parte frequentemente si ritrovano nello stesso tempo altre lesioni come la foruncolosi, l'impetigo, l'eczema, l'ulcera dei tegumenti da stafilococco aureo;

In terzo luogo il bacillo piocianco ed in quarto luogo il pneumo bacillo. Questi due bacilli sono apparsi piuttosto frequenti nelle c. secondarie a rinofaringiti croniche. Le congestioni delle mucose rettosigmoidee che essi determinano, talora sembrano per altro assai benigne e retrocedono quasi sempre alla terapia vaccinica del rinofaringe. Le c. secondarie alle rinofaringiti si incontrano specialmente nei bambini e possono presentare carattere di gravità qualora si accompagnino a nefrite acuta, ematurica. Possono raggiungere notevoli gradi di cronicità, e persistere anche guarita la rinofaringite, così come, devesi con gli Americani ritenere, per le c. secondarie ad infezione dentarie.

In quinto luogo mettiamo il bacillo perfringens e gli anaerobi: la loro ricerca è laboriosa. Attualmente è conosciuta l'importanza di questi germi nell'appendicite: quasi certamente lo stesso devesi ammettere per le c. ulcerose. E, se le ricerche fossero più minute nei riguardi degli anaerobi, la importanza loro nella etiologia di queste affezioni diverrebbe maggiore. Weinberg fa notare la facilità con la quale il perfrigens determina lesioni emorragiche.

In ultimo vanno ricordati i microbi della flora abituale dell'intestino: in specie il bacterium coli e l'enterococco la cui presenza nell'intestino dei sani non permette di scartarne la loro importanza etiologica nelle c. gravi. Essi sarebbero suscettibili di virulentazione sotto la influenza di svariati fattori. Il più spesso il proteus, il bacterium coli, l'enterococco sono la causa delle c. benigne o di media gravezza. Quello che prova l'importanza etiologica di questi germi, è il miglioramento immediato, seguito da guarigione, ottenibile con autovaccino preparato con questi tre germi e somministrato per bocca.

e) coliti ulcerose da diplostreptococco di Bargen. Si tratta di un diplostreptococco leggermente lanceolato, fino, gram positivo, non sviluppantesi bene che in terreno semi anaerobio, ed in terreni zuccherati e ricchi di vitamine. I caratteri culturali lo fanno nettamente distinguere dall'enterococco e dallo pneumococco. Il carattere principale, distintivo, è l'agglutinazione. Bargen ha ritrovato questo germe in un grande numero di c. ulcerose, sia raschiando le lesioni, sia coltivando il sangue di alcuni malati. La porta d'ingresso sembra essere la cavità buccale ed il germe è stato spesso ritrovato negli ascessi peridentari apicali ed amigdalei. L'esperimentazione negli animali (cani) ha permesso di mostrare l'importanza di questi ascessi dentari periapicali nelle coliti ulcerose. Bargen, immunizzando i cavalli, ha potuto ottenere un siero terapeutico di incontestabile efficacia, riservato al trattamento delle forme acute o delle riacutizzazioni delle c. u., mentre nelle forme croniche usa uno stok vaccino;

f) retto sigmoiditi da diplococco di Buttiaux e Sévin: si tratta di un diplococco piccolo, arrotondato, non capsulato, spesso a tetradi, immobile, gram positivo, isolato, pare, per la prima volta dagli AA. in tre malati da essi osservati;

g) coliti ulcerose ad etiologia mal precisata. Per quanto si possa essere fortunati nella determinazione dei germi posti a causa di c. u., pur tuttavia un 10 % di c. u., a malgrado gli esami più sistematici, restano senza chiara dimostrabile etiologia. Per esse è stata emessa la ipotesi di un virus filtrante. Questa opinione, abbenchè non comprovata sperimentalmente, non deve essere ripudiata, data l'importanza delle forme filtranti dei batteri, e,

nel caso in questione, dei germi intestinali, ad es., dello Shiga. Forme filtranti hanno gli AA. dimostrato per il loro diplococco. D'altra parte sappiamo che l'importanza del virus filtrante è stata messa in evidenza in una infezione intestinale massiva, del porco, per l'« Hog-Cholera ».

Buttiaux e Sévin hanno infine, condotto una serie di esperimenti in animali da laboratorio per confermare i dati clinici e batteriologici precedentemente detti. Le ricerche sono state negative con le iniezioni in conigli di bacilli dissenterici; incostanti sono stati nel coniglio i risultati ottenuti con l'inoculazione di bacilli di Morgan. Bargen inoculando in diversi animali il suo diplostreptococco è riuscito a riprodurre lesioni tipiche di colite ulcerosa, specialmente nel coniglio ove si aveva un quadro simile a quello dell'uomo. Negative sono state le inoculazioni nella cavia, del diplococco; interessanti invece sono stati i risultati ottenuti dal Buttiaux e Sévin nel coniglio ove il loro diplococco ha riprodotto una colite emorragica con tendenza alla cronicità.

Un breve cenno deve essere fatto per le coliti parassitarie:

a) si hanno c. da entamoeba dysenteriae. L'ameba della dissenteria determina a livello del colon una eruzione di piccole sporgenze dette « psorenterie », e nelle forme gravi, piccole ulcerazioni superficiali, o vaste ulcerazioni profonde che cicatrizzano poi in forma caratteristica, stellata o difforme;

b) la maggior parte degli AA. sono d'accordo nel ritenere che l'amoeba coli, la lamblia, le tricomonas sono incapaci di determinare lesioni gravi del colon. La stessa cosa non può dirsi per il balantidium coli che determina ulcerazioni gravi, spesso mortali, perchè ribelli alla terapia;

c) di grande importanza è la questione della spirillosi intestinale.

Due specie di infezione spirillare sono da considerare:

1) l'associazione fuso spirillare; che si ritrova nelle ulcerazioni del colon nello stesso tempo che nel rinofaringe;

2) la spirillosi intestinale vera, descritta la prima volta da Le Dantec.

In conclusione possiamo dire che l'etiologia della c. u., etiologia infettiva deve interpretarsi nel senso che esistono coliti croniche che derivano da germi specifici. Questi germi sono rarissimi; quello di Bargen e quello degli AA. Altre coliti sono dovute al risveglio di germi aventi provocato altra volta un'infezione generale dell'organismo, guarita nel momento in cui scoppiano gli accidenti intestinali. Una terza categoria è determinata occasionalmente dalla esaltazione della virulenza di germi banali dell'intestino, e dalla loro localizzazione in alcuni punti a resistenza diminuita, per parassitismo esagerato o per altra causa.

MONTELEONE.

Un caso di pneumatosi cistica intestinale.

(G. SANDRINI. *Minerva Medica*, 25 febb. 1932).

In occasione di una laparatomia per appendicite l'A. casualmente scopre lungo il cieco, il colon ascendente e il trasverso e qua e là nel grande epiploon l'esistenza di numerosissime formazioni cistiche sottosierose, sessili, della grandezza da un grano di miglio a quella di un pisello: esse sono ora raggruppate a modo policiclico, ora a catena, ora a grappolo e in alcuni punti danno l'impressione visiva come di schiuma di sapone. La palpazione e lo schiacciamento di alcune di esse dimostra un contenuto gassoso. L'asportazione dell'appendice malata fa troncare la febbricola e la sintomatologia dolorosa preesistente da un mese e il paziente ritorna in perfetta salute.

Si tratta di un'affezione molto rara, quasi mia diagnosticata in vita, che può interessare qualunque tratto del tubo intestinale e il peritoneo parietale: essa costituisce un reperto casuale di autopsia o, come nel caso dell'A. viene scoperta in occasione di interventi sull'addome per altra causa più patente. In un caso di Reverdin l'indagine radiologica mise in evidenza una serie di imagini cistiche a contorno policiclico che permise già in vita la diagnosi di probabilità, mentre in altri di Moreau ciò che mise sulla buona strada fu una chiarezza abnorme subfrenica e l'esistenza di ombre simili a valvole del crasso ma da queste diverse perchè di aspetto policiclico lobulato.

Quando raggiungono un certo volume, gli ammassi policistici possono rendersi apprezzabili alla palpazione e rendersi evidenti per una specie di crepitio o per timpanismo (?): ma si tratta di evenienze assai rare e che raramente permettono una diagnosi sicura.

Di fronte a questa affezione non esiste un'indicazione chirurgica assoluta: se gli ammassi cistici sono di volume tale da ostacolare la topografia o la normale funzionalità degli organi addominali, si potranno asportare; se invece le cisti sono numerose, disseminate e voluminose si potranno anche schiacciare poichè i decorsi postoperatori in questi casi sono notoriamente favorevoli; quando invece le formazioni pneumocistiche non sono notevoli, sarà bene lasciarle a sè poichè è noto anche il processo di regressione spontanea di molti casi caduti sotto il controllo a distanza di tempo.

A. E.

Il pneumoperitoneo nella cura dell'enterocolite tubercolare.

(A. L. BANYAI. *The Americ. Journ. of the Medic. Sciences*, sett. 1931).

Le lesioni intestinali sono complicazioni della tubercolosi polmonare più frequentemente di quanto si ritiene comunemente. In alcune statistiche si osservano in proporzione varia dal 60 al 90 %.

Non esiste parallelismo fra entità delle lesioni anatomiche intestinali e manifestazioni cliniche. All'inizio si possono avere anoressia, senso di ripienezza dopo ingestione anche di scarsa quantità di cibo, dolori di stomaco, senso di bruciore all'epigastrio, dolore che aumenta col cibo e diminuisce col digiuno Spesso l'inizio è accompagnato anche da febbre, deperimento, senso di malessere, irritabilità nervosa. La diarrea può mancare nelle ulcerazioni del grosso intestino, mentre si ha per lesioni dell'intestino tenue.

Non bisogna dimenticare che qualche volta gli stessi disturbi dell'apparato digerente possono aversi per assorbimento di tossine tubercolari dal focolaio polmonare senza che esistano lesioni intestinali.

La diagnosi si può fare con relativa facilità soltanto mediante l'esame radiologico del tubo digerente. Il segno di Stierlin (assenza di bario nel ceco e nel colon ascendente 6-7 ore dopo l'ingestione mentre l'ileo terminale e il colon trasverso sono pieni) indica ulcerazioni o infiltrazione tubercolare del ceco o del colon ascendente. Però l'assenza di questo segno non esclude senz'altro la lesione tubercolare. L'iperperistalsi si può avere tanto in lesioni leggere che in lesioni gravi. Ostruzioni parziali possono dipendere da cicatrici circolari. Secondo Brown e Sampson se l'ulcerazione è nell'intestino tenue si può avere stasi temporanea e dilatazione del segmento prossimale.

Le ricerche di laboratorio sono di scarsa importanza, se si esclude la presenza di sangue nelle feci che è segno di ulcerazione (l'intestino affetto da tubercolosi sanguina nel 13 % dei casi).

Nonostante le più accurate ricerche qualche volta non si riesce a fare la diagnosi in modo sicuro.

La prognosi della tubercolosi intestinale non è sempre infausta anche se coesistono lesioni polmonari avanzate.

Per la profilassi: evitare d'inghiottire l'espettorato, dare acido cloridrico diluito per bocca, evitare la stasi intestinale, accurato esame di tutti i tubercolosi con disturbi dispeptici.

La cura si fa colla dieta, coi medicinali, coi raggi ultravioletti e coi raggi X, cogl'interventi chirurgici, col pneumoperitoneo.

L'A. si è servito del pneumoperitoneo in 44 casi; le insufflazioni sono state fatte fra la colazione e il pranzo, in modo da non essere costretti ad abolire un pasto. La quantità di ossigeno iniettata ogni volta ha oscillato (secondo i casi) da 150 a 1500 cc.

I rifornimenti si susseguono a distanza di 1-2 settimane.

Il meccanismo con cui agirebbe il pneumoperitoneo può essere duplice: o l'ossigeno aumenta l'attività cellulare in tutto l'organismo e dà maggiore potere immunizzante locale e generale o l'ossigeno provoca irritazione della sierosa e conseguente iperemia.

L'uso del pneumoperitoneo nella cura della peritonite tubercolare risale al 1893. Molto più recentemente esso fu adoperato nella cura delle enteriti tubercolari.

Nel 70,4 % dei casi dell'A. ci fu miglioramento dei sintomi, in 31,8 % scomparsa dei sintomi, nel 22,7 % miglioramento parziale, nell'11,3 % scomparsa della diarrea con persistenza degli altri sintomi, nel 4,9 % persistenza della diarrea con scomparsa degli altri sintomi. Nel 29,6 % nessun miglioramento.

L'A. ritiene che, dati questi risultati, il pneumoperitoneo, sia un mezzo terapeutico da usarsi più spesso di quanto si faccia ora nella cura dell'enterocolite tubercolare.

R. LUSENA.

Ulteriore contributo alla terapia dell'ulcera gastrica e duodenale con l'alimentazione digiunale.

(DIMOFF DOBRI. *Minerva Medica*, 21 gennaio 1932).

L'alimentazione duodenale nella cura delle malattie dello stomaco, venne introdotta nella pratica da Einhorn allo scopo di mettere lo stomaco in stato di riposo introducendo gli alimenti con la sondina direttamente in duodeno: nel 1917 egli riporta una statistica di 400 gastropatici, in gran parte ulcerosi, in cui ottiene una percentuale elevatissima di guarigioni (90 %).

All'alimentazione duodenale si sostituì ultimamente quella digiunale e ciò in base all'osservazione di Bockus e Corweil i quali poterono constatare radiologicamente che gli alimenti introdotti con la sondina in duodeno refluivano in parte nello stomaco. Si propose per questo di far procedere l'olivetta della sondina dal duodeno fino alla I porzione del digiuno; così facendo si evita da un lato l'eccitazione gastrica che l'alimentazione duodenale provoca in via riflessa, mentre dall'altro si promuove un'ipersecrezione di muco protettivo per la mucosa malata. La tecnica consiste essenzialmente nell'introdurre la sondina di Einhorn come per un comune sondaggio duodenale, fino a che l'oliva non abbia oltrepassato di 10 cm. la prima ansa del digiuno (controllo radiologico). L'introduzione degli alimenti che nei primi due giorni sarà mista, parte per bocca e parte per la sonda, avviene da un vaso porta-alimenti simile in tutto a quello usato per la rettoclisi.

Esistono varî tipi di pasti somministrabili attraverso la sondina e vario può esserne il numero nelle 24 h. La razione alimentare deve

avere la temperatura del corpo ed essere finemente omogeneizzata, ecc.

Il paziente deve tenere il letto durante tutto il periodo di trattamento che non dev'essere inferiore a tre settimane e può essere protratto per 30 g. e più.

L'A. espone succintamente i risultati di 4 casi di ulcera dello stomaco trattati rispettivamente per 24-25-26-30 giorni con l'alimentazione digiunale. In tutti ottiene la guarigione clinica, ciò essendo comprovato dalla scomparsa assoluta della sintomatologia subiettiva, dalla scomparsa del sangue nelle feci e dalle modificazioni del quadro radiologico.

Anche la letteratura della copiosa casistica straniera riferisce di risultati ottimi della cura: la più importante fra le statistiche note è quella di Brown di Chicago che in 1224 gastropazienti ottiene guarigione nel 70 %, miglioramento nel 10 % mentre nei rimanenti 20 %, la cura fallì.

L'alimentazione digiunale segna dunque un grande progresso nella cura incruenta delle affezioni ulcerose gastroduodenali e benchè non in tutti i casi essa riesca ad evitare l'intervento chirurgico, in tutti però può trovare un'utile applicazione per l'innegabile miglioramento che essa porta alle condizioni generali del paziente rendendolo così più atto a sopportare un intervento successivo. A. E.

Risultati della resezione escludente nell'ulcera duodenale non resecabile.

(H. FINSTERER. *Arch. Klin. Chir.*, vol. 162, pag. 582, 1930).

Questo metodo operatorio fu proposto dal Finsterer nel 1918 per i casi di ulcera duodenale non facilmente resecabile. In tali casi sia per una penetrazione nel pancreas o per la sede bassa dell'ulcera nella prima parte del duodeno o vicino alla papilla di Vater la resezione porta con sè difficoltà gravi di tecnica, per il pericolo di ledere il coledoco e specialmente per la difficoltà di chiudere il moncone duodenale. La resezione « escludente » interessa solo lo stomaco e lascia intatto il duodeno e l'ulcera e rappresenta così un intervento tecnicamente facile. Questo tipo di resezione è stato detto « palliativo » in quanto non tocca l'ulcera; questo termine deve essere sostituito da quello di cura indiretta in quanto i risultati hanno dimostrato che la percentuale di guarigione definitiva è molto elevata. La guarigione dipende in primo luogo dalla modificazione del chemismo gastrico determinata dalla resezione e per tale ragione nella resezione escludente i limiti della sezione gastrica devono essere portati molto alti arrivando sulla piccola curvatura vicino al cardias e da qui scendendo direttamente in basso e un po' a sinistra. La resezione viene così a interessare i 2/3 dello stomaco.

Alla resezione segue una anastomosi gastrodigiunale isoperistaltica orale parziale cioè la metà superiore del moncone gastrico viene chiusa completamente e l'anastomosi viene praticata solo con la metà inferiore. Sulla porzione chiusa del moncone viene fissata con qualche punto l'ansa afferente in modo che ne risulti una disposizione tale per cui lo stomaco si possa svuotare solo nell'ansa efferente.

Una causa molto importante di insuccesso sia immediato che a distanza è sec. Finsterer il riempimento retrogrado del duodeno e del tratto iniziale del digiuno che impossibile nell'anastomosi gastro-digiunale orale parziale è molto frequente nell'anastomosi totale sec. Reichel-Polya. Nella resezione escludente ciò è assolutamente da evitare.

Ha grande importanza nella riduzione della mortalità operatoria la conservazione del piloro. In questa maniera l'affondamento del moncone riesce facile e sicuro. Talvolta, se l'ulcera è in sede pilorica si può conservare un tratto maggiore di stomaco, in tali casi è opportuno di asportare la mucosa del tratto gastrico e di chiudere solo la muscolare e la sierosa. Se si asporta la mucosa la sezione dei meso dovrà arrestarsi al livello della sezione gastrica perchè altrimenti il cilindro muscolare sarebbe nutrito insufficientemente. È stato obbiettato che la permanenza del piloro può essere causa di ulcera peptica digiunale postoperatoria.

L'A. non crede a queste affermazioni ma in ogni modo in caso di recidiva si potrà asportare anche il piloro il che sarà reso più facile perchè nell'ulcera duodenale o pilorica esclusa si hanno processi di guarigione che portano alla riduzione delle cicatrici e delle aderenze. Eseguito il metodo con questa tecnica, i risultati ottenuti non devono essere confrontati con quelli che si hanno nelle resezioni per ulcera duodenale in cui si asporta l'ulcera, cioè casi in cui si può praticare il metodo radicale sempre da preferirsi.

Un confronto deve esser fatto con la gastroenterostomia.

L'esperienza clinica dimostra un grande vantaggio a favore della resezione escludente.

La percentuale degli insuccessi per la G. E. è di circa il 30 %, del 6,7 % nella resezione escludente. La causa dell'insucceso è quasi sempre nella insufficiente resezione gastrica o nel riempimento retrogrado del duodeno. La mortalità operatoria è del 2,1 % nei casi con conservazione del piloro, del 14,7 % nei casi con pilorectomia.

In sei casi in cui i valori acidi erano molto forti ha praticato invece dell'anastomosi con il digiuno una gastro duodenostomia termino laterale applicando la stomia sotto la papilla. Forse in questa maniera si otterrà più facilmente una alcalinizzazione immediata del chimo-acido.

Questo metodo si può applicare solo nei casi di duodeno mobile perchè altrimenti si dovrebbe limitare l'estensione della resezione gastrica.

L'A. termina il suo articolo concludendo che la resezione escludente dà una percentuale di guarigioni molto maggiore della gastroenterostomia e che per tale ragione è sempre da preferirsi nella cura dell'ulcera duodenale non resecabile.

P. Valdoni.

L'ATTUALITÀ RADIOLOGICA

Il torio nella epatosplenografia.

(E. Lanari, M. Jorg, J. Aguirre, L. Mosca. *Actualidad Medica Mundial*, febbraio 1932).

I procedimenti di esplorazione radiologica del fegato e della milza non soddisfano, allo stato attuale delle nostre conoscenze, le esigenze di una buona investigazione tendente a stabilire esattamente la diagnosi di malattie di organi interni.

La epatosplenografia, o rappresentazione radiologica del fegato e della milza, previe iniezione endovenosa di una sostanza colloidale a base di Torio (*Thorotrast*), costituisce il nuovo metodo di investigazione proposto da Radt. Questo A., considerato che alcune sostanze colloidali, iniettate per via parenterale, si depositano sotto forma di granuli in alcune cellule e specialmente in quelle del reticolo endotelio, di cui fegato e milza sono ricchi, pensò che un colloide di peso atomico elevato poteva invadere in forma diffusa il fegato e la milza, organi che generalmente sono trasparenti ai raggi X, mentre le parti di questi organi che non assimilano il colloide in forma granulare, dovevano lasciar passare i raggi, e manifestarsi come ombre in contrasto. In tali condizioni egli sperava non solo di rendere visibili la forma e la grandezza del fegato e della milza, bensì anche di mettere in evidenza le eventuali alterazioni strutturali nell'interno di codesti organi, specialmente nei casi in cui fossero modificate le cellule parenchimali ed i loro rapporti col connettivo.

La quantità di *Thorotrast* da iniettarsi endovena è di 1 cc. per chilo di peso dell'individuo: la opacità epatica ai raggi X che se ne ottiene è dovuta alla fissazione del colloide non solo negli endoteli vascolari, ma anche nella stessa cellula epatica ed, accidentalmente, nelle Stromazellen dello spazio di Kiernan.

Gli AA. hanno voluto sperimentare personalmente il metodo del Radt e basandosi su tre osservazioni, di cui due corredate dal reperto di autopsia e su esperimenti con animali, vengono alle seguenti conclusioni.

Il deposito del Thorotrast nelle cellule di Kupffer ne provoca l'iperplasia (aumentando la loro grandezza di 10 o 20 volte il normale), la fusione con cellule vicine di uguale natura, la mobilizzazione nel torrente sanguigno. In alcune zone la liberazione delle cellule di Kupffer provoca dissociazione del parenchima, lo spazio si riempie di macrofagi e più tardi, degenerando questi, lo spazio diventa fibrograssoso. La presenza del Thorotrast nella cellula epatica annulla il metabolismo dei grassi, diminuisce quello del glicogeno ma non attacca il metabolismo pigmentario. Non tutte le cellule di Kupffer fissano il Thorotrast: la divisione funzionale di Pfuhl della duplice posizione fagocitaria e digestiva di queste cellule trova qui la sua migliore conferma: è perciò che il blocco totale del sistema reticolo istiocitario non è, almeno per ora, praticamente attuabile.

La milza prende il Thorotrast soltanto nella polpa rossa e molto scarsamente nei follicoli di Malpighi.

Gli animali iniettati con questa sostanza in una qualsiasi quantità, diminuiscono in 40 giorni di un decimo del loro peso totale per scomparsa totale dei grassi e restano predisposti ad ogni genere d'infezione per il blocco del sistema emo-litico-poietico.

La eliminazione del Thorotrast ha luogo in forma combinata e trasformata attraverso il rene (epiteli e riflusso venoso-pielico) o in forma corpuscolata, inclusa nei monociti, attraverso l'intestino, il polmone e il rene.

La nefrografia, l'osteomielografia, la surrenografia si ottengono soltanto con dosi superiori a 10 cc. per chilo di peso: gli emuntori sono in tal caso sovraccarichi della sostanza e si nota necrosi e jalinizzazione degli istiociti epatici e reticolo-endoteliosi colloide della milza, necrobiosi cellulare del reticolo endotelio del midollo, embolie linfocitarie nel bulbo e midollo. Ciò dimostra come questo metodo sia di per se stesso antifisiologico.

Il tempo di eliminazione è molto lento: anche dopo 4 mesi dall'iniezione non si constata microscopicamente diminuzione apprezzabile della sostanza fissata nelle cellule, eccettuata quella provocata dalla mobilizzazione dei monociti. In quanto alla eliminazione renale della sostanza, questa si riscontra nelle urine soltanto in tracce.

La neuromielo ed encefalografia può considerarsi una utopia: il *Thorotrast* si fissa soltanto nelle cellule dei plessi coroidei e in quelle della duramadre (cellule mesoteliali di Weed e Mc Kibben) e molto scarsamente nelle cellule della microglia perivascolare della parete bulbare del 4° ventricolo: nel parenchima neurale non se ne riscontra nessuna traccia.

La iniezione del torio provoca una irritazione del sistema istiocitario che si traduce con un aumento del potere fagocitario dei macrofagi ma con perdita del potere discriminativo, in quanto la cellula non fa alcuna scelta degli elementi che essa viene a incorporare: si

ha inoltre una leucocitosi del 50 % superiore al normale.

Il *Thorotrast* provoca negli animali una emoglobinuria (tracce) che dura da 10 a 15 giorni ed una anemia del 20 % e più sotto la cifra normale, anemia che può durare anche per dei mesi.

In relazione a questi risultati gli AA. credono che la epatosplenografia per mezzo di iniezione parenterale di *Thorotrast* non debba essere incorporata, per la sua pericolosità, alla tecnica comune di esplorazione clinico-radiologica. È opportuno invece continuare gli esperimenti sugli animali, onde modificare opportunamente questo metodo, che, sebbene non abbia attualmente la possibilità di un'applicazione immediata, apre un nuovo orizzonte alla tecnica della ricerca radiologica.

G. LA CAVA.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

E. EBSTEIN. *Tuberkulose als Schicksal.* Un vol. in-8° di 184 pag. con 8 tav. F. Enke ed. Stuttgart, 1932. Prezzo RM. 6,50.

Interessante questione quella dei rapporti fra tubercolosi e psiche, specialmente la psiche geniale e che viene qui prospettata, con lo studio della vita di uomini che lasciarono un'orma nelle arti, nelle lettere, nelle scienze, nella storia. Se anche non si arriva alla concezione esagerata di Moormann che le tossine del bacillo tubercolare hanno la potenza magica di liberare nell'individuo una seconda personalità e di infiammarla portandola all'attività geniale, è certo che il sistema nervoso dei tubercolosi risente della malattia stessa e risponde secondo le caratteristiche della personalità dell'individuo. Il fatto che la tubercolosi predilige i leptosomi i quali, a loro volta, tendono al temperamento schizoide, conferisce una certa uniformità di tinte alle reazioni psichiche dei tubercolosi.

L'A. espone qui più o meno brevemente la vita di alcuni (53) tubercolotici geniali, a cominciare dal tetro e fanatico Calvino, psicopatico schizoide che ha descritto con precisione le sue sofferenze, fino al poeta A. H. Klabund morto nel 1928, che ha raffigurato in eccellenti versi la vita in sanatorio. Passano così davanti a noi: poeti e scrittori, come Keats, Schiller, Cecov, Gorki, musicisti come Chopin, Paganini, Weber, pittori come Watteau, la Basc-Kitceff, agitatori politici come Bebel. E poi, Laënnec, P. Ehrlich, la nostra Duse e molti altri. Segue una lista di altre personalità che furono pure malati di tubercolosi, fra cui troviamo Attila, S. Francesco d'Assisi, Murger.

L'A. non ha potuto vedere compiuto questo suo libro a cui aveva posta tanta passione ed è morto nel 1931 per apoplessia. Il buon capitolo introduttivo è stato scritto da G. B. Bruber.

fil.

A. BETTOLO. *Le pleuro-corticaliti.* Patologia e clinica. Un vol. in-8° di 200 pag. Tip. ed. U. Giardini, Pisa 1931.

Lo studio delle pleuro-corticaliti o cortico-pleuriti, cioè di quei processi a caratteri misti pleurici e polmonari (corteccia), è stato ripreso in questi ultimi tempi dimostrando la frequente origine tubercolare di questa affezione, un tempo nota sotto l'impropria denominazione di congestione pleuro-polmonare.

L'A. ne fa qui la storia e ne studia l'etiopatogenesi, la sintomatologia, la classificazione, addentrandosi poi nell'analisi delle singole forme tubercolari e non tubercolari, nella relativa diagnosi, prognosi e terapia.

Riporta da ultimo una casistica di 50 osservazioni cliniche e completa il tutto con un'ampia bibliografia. Tre tavole colorate di preparati isto-patologici e otto tavole radiografiche illustrano convenientemente il testo.

fil.

J. ALBERT-WEIL. *Les poisons du bacille tuberculeux et les réactions cellulaires et humorales dans la tuberculose.* Un vol. di 327 pag. con tav. anche colorate. J.-B. Baillière et fils, Paris 1931.

Il complesso problema dei veleni tubercolari e delle reazioni cellulari ed umorali dell'organismo è qui ampiamente trattato col sussidio di una ricca bibliografia e di numerose esperienze personali.

Viene dapprima studiata la composizione chimica del bacillo di Koch, le sostanze da esso estratte. Nella seconda parte, troviamo un interessante capitolo sulle reazioni cellulari delle tubercolosi ed i fattori di dispersione e di localizzazione dell'infezione tubercolare. Nella terza parte, sono investigate le azioni biologiche (istopatologiche ed antigeniche) delle frazioni estratte dal bacillo di Koch (lipoidi e proteine), esponendo da ultimo una ricapitolazione conclusiva di tali studî.

Si arriva così a concezioni in parte personali dell'A. sui processi patogenici della tubercolosi. Le reazioni allergiche sono probabilmente legate alla presenza nell'organismo delle proteine bacillari idro-solubili. Il bacillo di Koch è un germe che diventa tossico dopo la sua morte e determina modificazioni nell'equilibrio umorale, si fa sentire sulle reazioni cellulari e provoca gli attacchi evolutivi caratteristici. Da queste concezioni derivano importanti direttive terapeutiche, che tendono ad escludere gli agenti capaci di produrre una rapida mobilizzazione cellulare, mentre il rimedio ideale sarebbe quello che permette una distruzione progressiva e relativamente lenta dei bacilli di Koch, impedendo anzitutto la loro proliferazione nell'organismo.

fil.

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Accademia Lancisiana di Roma.

Seduta del 12 maggio 1932.

Narcosi avertino-eterea in chirurgia ginecologica.

Prof. V. ARTOM di S. AGNESE. — L'interesse di questa piccola serie di casi consiste nel fatto che la dose di avertina adoperata è la più bassa registrata nelle moltissime pubblicazioni, perchè all'infuori dei primi 4 casi dove furono dati 7-8 ctgr. per Kg. di peso in tutti i seguenti la dose non fu superiore ai 5-6 ctgr. per Kg. di peso della paziente. Tuttavia tranne in due casi l'effetto ipnotico è stato ottenuto completamente, in guisa che le pazienti avevano perduto ogni ricordo dal momento del clistere di avertina sino al risveglio dopo l'operazione.

La dose totale massima è stata di gr. 7,50 in una paziente di 51 anni, del peso di Kg. 132, operata 5 giorni fa di isterectomia vaginale per fibromioma parzialmente in sfacelo.

La tecnica è stata quella consigliata dalla Casa produttrice:

Clistere evacuativo la sera precedente;
Iniezione di 1 ctgr. di morfina al mattino;
Clistere di avertina in soluzione del 2,5 % somministrato in alcuni minuti.

Si sono avuti i vantaggi già registrati dagli altri osservatori relativamente alla quantità di etere adoperata, alla tranquillità del risveglio alla scarsezza del vomito post-operatorio. Il sonno profondo si ha dopo circa mezz'ora dal clistere.

Una sola volta si è dovuto, mezz'ora dopo l'operazione ricorrere ad una iniezione di efedralina, perchè la respirazione era divenuta transitoriamente assai superficiale. Nessun altro incidente o complicazione si è verificata.

I casi operati sono stati i seguenti: 2 plastiche vag. ant. e cistopessi e plastica vagino-perineale; 1 amputazione del collo e plastica vagino-perineale; 1 fistola vescico-vaginale per via vaginale; 1 fistola vescico-vaginale per via trans-vescicale; 5 isterectomie vaginali.

N. 65 laparatomie comprendenti: 32 isterectomie totali e subtotali; 6 enucleazioni di fibromi di cui 2 in gravidanza al V e VI mese; 18 operazioni sugli annessi e complementari; 5 operazioni per retroflessione e complementari; 1 ernia ombellicale; 1 ernia post-laparatomica; 1 fistola addominale da pregressa operazione di gravidanza extra-uterina; 1 appendicectomia.

Endoscopia dello sfintere ileo-cecale.

Dott. R. GRASSO. — Ha osservato la regione ileocecale nell'uomo su due pazienti portatori di ano cecale temporaneo a mezzo di rettoscopio, ed ha trovato conforme le idee di Keit, Elliot, Rutherford e del Busi, che essa ha forma emisferica senza valvole nè frenuli, e che il suo funzionamento è attivo, sfinterico.

La guarigione del distacco retinico mediante l'operazione di Gonin.

Prof. D. SABBADINI. — L'O. espone le indicazioni cliniche e la tecnica della moderna operazione di Gonin, scoperta da questo illustre scienziato nel 1916 per combattere il distacco retinico idiopatico. Insiste in particolar modo sui risultati che si ottengono adoperando tale metodo chirurgico, e che sono oggi tali da portare le statistiche di guarigione dall'1 % al 50 %. Mercè l'operazione di Gonin si può affermare che il distacco retinico non ha più il triste significato prognostico che prima tutti gli AA. erano d'accordo nell'attribuirgli. L'O. che ha studiato in Svizzera tale operazione e che l'ha introdotta in Roma, afferma che è indispensabile applicarla al più presto; e che è parimenti necessario tener conto dello stato organico dei pazienti, ad evitare il pericolo di recidive del distacco retinico guarito chirurgicamente.

Presero parte alle discussioni i proff. OVIO, MAZZANTINI, NEUSCHULER, CHIASSERINI, VITALE, EGIDI.

Il Segretario: D'AVACK.

Accademia Medica Pistoiese " F. Pacini ".

Seduta del 10 maggio 1932.

Presiede il prof. CANTIERI.

Complicanze meningo-encefaliche dell'influenza.

Prof. R. SILVESTRINI. — Premesse nozioni generali, l'O. ricorda che le pregresse epidemie hanno dimostrato che, in periodo influenzale, si possono osservare encefaliti, talora a carattere emorragico, altre volte prevalentemente degenerative, a localizzazione diversa (polioncefalite tipo Wernicke e polioncefalite tipo Strümpell-Leichtenstern), che possono volgere a guarigione senza reliquati, oppure lasciare lesioni irrimediabili, o possono anche essere mortali.

La meningo-encefalite influenzale insorge di solito bruscamente dopo o con altre manifestazioni dell'infezione, cefalea, delirio, rigidità della nuca, segno del Koernig, paresi nel campo degli oculomotori, del facciale, dell'ipoglosso, febbre di solito modica, talora agitazione grande, più spesso sonnolenza; nelle forme lievi sensorio buono, prevalenza dei sintomi generali sui segni di localizzazione. Liquor apparentemente limpido; centrifugato si mostra più o meno corpuscolato, di solito con grande prevalenza di linfociti, qualche volta anche con lieve prevalenza di polinucleari; dà positive le reazioni del Nonne Appelt, del Boveri; non presenta di solito notevole diminuzione della sostanza riducente, può anzi presentarsene più ricco del normale; non contiene microrganismi visibili: iniettato endocerebralmente ad animali (coniglio) produce in qualche caso morte per meningo-encefalite non differenziabile da quella di conigli inoculati con pappa di cervello di encefalitico o con virus erpetico.

Guarisce in pochi giorni oppure lascia qualche deficienza nel campo dei muscoli oculomotori o nel campo del facciale, deficienza che si corregge poco a poco in un lungo periodo di tempo. In qualche caso compaiono movimenti coreici, scosse che fanno ricordare le forme ipercinetiche della encefalite letargica, insorgono sintomi bulbari che sono causa di morte. Talora insieme con molti linfociti il liquor contiene sangue o è intensamente antocromico: la prognosi è allora più grave. In conclusione, possono osservarsi meningoencefaliti parenchimali o emorragiche, meningiti senza segni clinici, ma solo rivelate dalla corpuscolazione del liquido, e forme di pachimeningite emorragica.

Per la diagnosi differenziale valgono; precessione o concomitanza di infezione influenzale a tipo bronco-polmonare o gastro-intestinale, reperto di piccoli focolai di congestione polmonare,

che quasi mai mancano anche nei casi lievi di infezione influenzale; presenza sulla cute del dorso e sulle natiche di papule di un colorito rosso vinoso più o meno accentuato, talora anche confluenti e con centro emorragico; tendenza alle emorragie così che la stessa puntura dell'ago di una siringa del Pravaz lascia attorno un piccolo alone emorragico; insorgenza brusca dei sintomi encefalici, talora esistenza di clonie a scatto, simili a quelle della corea elettrica del Dubini, più o meno estese, variamente localizzate.

Insiste sui caratteri differenziali dallo stato meningoencefalico puramente tossico, dalla meningite tubercolare, dalla meningite cerebro spinale, della meningite da orecchioni, da encefaliti tossiche (alimentari, saturnine, da ossido di carbonio), dalla encefalite epidemica che egli crede della stessa etiologia della forma influenzale.

Prof. VOLTERRA. — Riprendendo la questione accennata dal Silvestrini circa il valore del bacillo di Pfeiffer nell'influenza, ricorda per analogia il bacillo di Nocard nella psittacosi, di cui ha avuto occasione di studiare un'epidemia con manifestazioni polmonari a reperto batteriologico negativo, o comunque incostante.

Insiste sulla difficoltà della diagnosi differenziale fra meningite tubercolare e influenzale e consiglia un accorgimento di tecnica per la ricerca del bacillo di Koch nel liquor: distribuire il liquor in diverse provette, raccogliere il reticolo formatosi in ogni provetta e deporlo sul fondo di una capsula di Petri a distanza l'uno dall'altro: fare asciugare, fissare e colorare contemporaneamente i diversi reticoli ed osservare tutti al microscopio uno appresso all'altro.

In merito al valore delle clonie ricorda un caso a sindrome meningo-encefalica in cui le clonie erano sostenute da un tumore cerebrale.

Prof. CASSANO. — Riporta il caso di una *meningo-encefalite emorragica di natura influenzale*, ad esito buono.

Dott. BEGA. — Riferisce di un uomo di 55 anni, in passato affetto da polmonite con vomiti incoercibili, che si ammala in periodo epidemico di una forma influenzale con temperatura molto elevata ma che scompare dopo due o tre giorni. Si presenta *vomito incoercibile*, facili crisi di lipotimia con senso di oppressione precordiale che obbliga a respiri molto profondi. In seguito compare tachicardia, profonda adinamia, condizioni che peggiorano dopo somministrazione di atropina, migliorano rapidamente dopo iniezioni di ergotamina (gynergen), che fanno sparire il vomito, riducono la frequenza del polso e danno senso di benessere. Dopo un paio di giorni adinamia progressiva rapidamente mortale. Orine sempre negative. Esame viscerale sempre negativo.

L'O. ritiene si sia trattato di una grave sindrome da parte del sistema neuro-vegetativo, con prevalenza simpaticotonica, di origine tossica da influenza.

Dott. V. BACCI. — Fa osservare la notevole importanza del caso esposto dal dott. Bega per la sua rarità inquantochè nella infezione influenzale i casi a turbe simpaticotoniche predominanti come in questo, sono in una percentuale notevolmente minore di quelli a turbe vagotoniche.

Prende occasione per domandarsi se sieno proprio i batteri e le loro tossine che determinano le localizzazioni sui nuclei centrali e periferici del vago e del simpatico. Fa osservare che in tutte le malattie infettive, ma specialmene nella influenza, nel tifo e nella f. dengue, durante la irruenza del male prevalgono come sintomi vegetativi cardio-vasali la tachicardia e le ipotensioni e che, col reagire dell'organismo contro l'agente patogenetico, si verifica il fatto opposto, cioè subentrano la bradicardia, talora spiccata, e un rialzo spesso manifesto delle tensioni arteriose. Tali fenomeni non possono, secondo l'O., essere legati ad agenti tossiemici ma ai prodotti del biochimismo dei tessuti e degli organi, prodotti che sono sempre i medesimi per ogni processo tossiinfettivo acuto e debbono quindi agire sempre nel medesimo senso in quanto si accomunano ai processi prevalentemente catabolici dei primi periodi reazionali della malattia e, successivamente, ai processi prevalentemente anabolici che si sviluppano per la rigenerazione dei tessuti, specialmente dei connettivali.

Prof. CANTIERI. — Riporta il caso di una ragazza di 19 anni, di aspetto florido e robusto, che in una seconda ripresa di forma influenzale presentatasi in periodo di epidemia familiare e regionale, ammala con *forma meningitica*, con liquor leggermente torbido con linfociti e polimorfi, che si presenta sterile batterioscopicamente e alla cultura (brodo, agar-sangue), temperatura elevata continua (39-40-40,6), netto focolaio di broncopolmonite basilare destra insorta in secondo tempo; con emoculture in agar si ottiene un diplococco in cultura pura, sieroagglutinazioni negative, orina negativa. Morte dopo 4 giorni.

Ritiene potersi trattare di una forma influenzale per il criterio epidemiologico, per il momento dell'insorgenza, per la localizzazione polmonare secondaria, per l'isolamento di un diplococco che tanto facilmente complica le forme influenzali, per il decorso particolarmente acuto.

Il Segretario.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

I tumori primitivi delle articolazioni.

Questo lavoro si basa su 74 osservazioni di Razemon e Bizard (*Revue de Chirurgie*, 1931, n. 4): 45 tumori benigni, 29 tumori maligni.

La sede ordinaria è il ginocchio.

I tumori benigni sono i lipomi, i fibromi, gli angiomi (nettamente intrarticolari), dei tumori benigni a cellule giganti con pigmento ocraceo e cellule lipoidee.

I tumori maligni più frequenti sono i sarcomi fuso- e globo-cellulari, dei mixo-sarcomi, degli endoteliomi sinoviali (Lejars e Rubens Duval).

Si presentano generalmente sotto 4 forme cliniche:

1) tumori mobili col tipo dei corpi estranei articolari;

2) tumori non mobili circoscritti;

3) tumori diffusi rassomiglianti a un tumore bianco;

4) tumori ulcerati.

La diagnosi di questi tumori è molto difficile. Solamente gli angiomi presentano qualche sintomo caratteristico.

I migliori segni differenziali con le artriti sono l'assenza di una impotenza notevole, di lesioni ossee e di adenopatie. La diagnosi di malignità è spesso impossibile senza un esame istologico anche dopo l'artrotomia.

Un tumore circoscritto può essere maligno, mentre uno diffuso può essere benigno.

È difficile stabilire le indicazioni operatorie. Salvo eccezioni, bisogna agire come se il tumore fosse benigno, salvo a fare un'amputazione in un 2° tempo. D'altra parte, nei tumori maligni, l'exeresi limitata non sembra dare risultati peggiori dell'amputazione fatta sin dal principio. GENTILE.

Anchilosi congenita ereditaria e simmetrica dei due gomiti.

A. Mouchet (*Revue d'Orthopédie*, n. 3, 1931) riferisce di un ragazzo di 5 a. che presentava sin dalla nascita tale deformità, ed in cui radiografie sistemiche dimostrarono assenza bilaterale di alcune ossa del carpo e di due falangi.

Il padre ha 40 a. e sin dalla nascita ha la medesima malformazione del figlio e lo studio radiografico anche in questi mostra anomalie varie a carico del corpo e delle falangi.

In entrambi il radio ed il cubito sono presenti bilateralmente.

Ricorda che le anchilosi congenite vere, ossee, sono eccezionali e che Joulin nella sua tesi (1863) per primo ha riportato l'osservazione di Jaenecke che estrae a mezzo del forcipe in una primipara ben conformata un bambino con anchilosi vera ossea dei due gomiti e delle spalle. R. GRASSO.

Il cacodilato di ferro nella borsite.

T. K. Richards (*New England journ. of med. e British med. journ.*, 9 genn. 1932) ha avuto buoni risultati col cacodilato di ferro iniettato per via endovenosa, in 70 casi di borsite subacromiale, subscapolare ed infrapatellare. Dose iniziale di 3/5 di grano (mg. 35 circa); al 3°-4° giorno, 1 grano (mg. 64), rispettivamente in 3-5 cmc.; si ripete l'ultima dose ogni 3-4 giorni fino a scomparsa totale dei sintomi.

Dopo 3-4 ore dalla prima iniezione, si ha diminuzione dei sintomi acuti; i movimenti si fanno senza dolore; con questa cura, si evita la formazione di aderenze periarticolari e, quindi, di complicazioni; in 10-20 giorni, i pazienti possono riprendere le loro attività normali. *fil.*

I rapporti tra le deformità congenite delle mani e le costole cervicali.

R. V. Funston (*Journal of Am. Med. Ass.*, 27 febbraio 1932) studiando due p., madre e figlia, le quali entrambe presentavano un'assenza bilaterale del radio e mani deformi con pollice rudimentale, ha notato che esse inoltre avevano delle costole cervicali. Il fatto lo ha colpito tanto che ha cercato casi di assenza congenita del radio, e in tutti ha riscontrato la presenza di costole cervicali.

Nei casi di assenza congenita del radio che sono in gran numero citati nella letteratura non si è mai portata l'attenzione sulla colonna cervicale, però è sintomatico il fatto che i casi studiati da Funston, per quanto riguarda la deformità dell'arto siano a quelli simili.

L'A. inoltre ha notato che anche lo sviluppo dell'ulna si arresta molto precocemente, per cui è consigliabile un intervento ortopedico fin dall'infanzia, in modo da favorire un sufficiente sviluppo muscolare. M. PONS.

La melorreosteosi di Léri.

Con questo nome Léri e Joanny hanno descritto nel 1922 una iperplasia ossea che si manifesta a carico di un solo arto, progredendo dalla parte distale alla prossimale. E. Kraft (*Journal of Am. Med. Ass.*, 27 febbraio 1932), riportando due casi che sono venuti alla sua osservazione, ne descrive il quadro clinico e ne discute l'etiologia.

L'inizio della malattia è subdolo, e si ha probabilmente nella prima infanzia. La prima manifestazione è data da tumefazioni nodulari, di consistenza ossea, lungo un osso di un arto. In un periodo molto avanzato della malattia,

quando già intensa è l'iperostosi, si hanno atrofie di gruppi muscolari, disturbi locali di circolo, nevralgie, partecipazione al processo morboso delle articolazioni.

Istologicamente si riscontra una proliferazione più o meno disordinata del tessuto osseo.

In quanto all'etiologia sono state formulate 4 teorie:

1) Putti ritiene che si debba pensare ad una arterite delle arteriole nutritizie dell'osso;

2) Léri invece pensa che si debba attribuire la lesione ad un agente infettivo x che non si è mai riusciti ad isolare;

3) il fatto che talvolta la melorreosteosi è accompagnata dal trofoedema di Meige ha fatto pensare a disturbi endocrini;

4) secondo altri infine l'etiologia sarebbe da ricercarsi in anomalie embrionali, per cui delle cellule, rimaste a lungo indifferenziate, ad un dato momento cominciano a proliferare disordinatamente.

La malattia è di facile diagnosi; favorevole ne è la prognosi sia per il lento decorso che per il fatto che la proliferazione ossea cogli anni si esaurisce. In quanto alla terapia sembra si giovi della terapia fisica e del caldo locale. M. PONS.

NOTE DI TECNICA CHIRURGICA.

Il clistere clorurato ipertonico nelle conseguenze operatorie della chirurgia addominale.

Clavel e Bonneau (*Presse Médicale*, 1931, e *Paris chirurgical*, 1931) indipendentemente l'uno dall'altro, pubblicano delle osservazioni analoghe.

Il primo, Clavel, ha trattato 15 operati per affezioni varie di organi addominali con la rettoclisi iperclorurata allo scopo di combattere la paresi intestinale e il meteorismo conseguenza degli interventi addominali eseguiti.

Egli afferma che quasi sempre, prima che 200 cc. di soluzione siano consumati ha ottenuto il ravvivamento della peristalsi con emissione di gas e spesso dopo qualche tempo anche una scarica di feci.

Consiglia pertanto questo trattamento che consiste precisamente nell'applicare all'operato in cui si hanno segni di paresi intestinale e meteorismo o anche preventivamente a mo' di profilassi, una rettoclisi di soluzione di cloruro di sodio al 20 % e di mantenerla fino ad effetto.

Il secondo, Bonneau, partendo dal fatto di aver osservato spesso emissione di gas dall'ano nel corso di una iniezione endovenosa di soluzione ipertonica di NaCl nelle occlusioni intestinali alte, in cui l'autore afferma tale trattamento costituire la regola da seguire, ha trattato con buoni resultati, e pertanto consiglia di trattare allo stesso modo quegli operati nei quali insorgono la paresi intestinale e il meteorismo.

Egli consiglia di iniettare nelle vene di questi operati 10 cc. di soluzione di cloruro di sodio al 20 %; con questa tecnica così diversa da quella di Clavel egli ottiene resultati eguali.

Circa il meccanismo di azione di questo trattamento gli AA. non si dilungano troppo; Bonneau dopo aver riportato l'opinione di Chevassu, secondo il quale si produrrebbe una specie di purga vascolare, conclude che le interpretazioni hanno minor valore dei fatti.

Clavel pensa che la rettoclisi iperclorurata possa agire provocando una forte trasudazione d'acqua dal mezzo interno all'intestino.

B. PAGGI.

Gli interventi chirurgici presso gli emofiliaci.

E. Weil (*Presse Médic.*, n. 54, 1931) consiglia negli emofiliaci veri o sintomatici (affezioni del fegato, ittero cronico, ecc.) l'iniezione di 20-40 cc. di siero di sangue fresco il giorno precedente l'operazione. Se nell'intervento non si può praticare accurata emostasi sia per il tipo dell'operazione (chirurgia dentaria) o per aver lasciato un drenaggio, è prudente nei giorni seguenti fare di nuovo il tempo di coagulazione onde ripetere l'iniezione se questi fosse prolungato.

L'iniezione di siero può essere sostituita da una piccola trasfusione di 200-300 cc. di sangue. R. GRASSO.

Profilassi e terapia dell'infezione piogena e putrida delle ferite accidentali.

Al medico pratico capita ancora troppo frequentemente di combattere l'infezione di ferite accidentali perchè il problema della profilassi e terapia delle ferite infette sia posto in seconda linea. Infezione che, se da una parte può portare all'invalidità a causa delle incisioni o delle amputazioni che essa richiede, può generalizzandosi portare a morte.

Secondo quanto riferiscono P. Clairmont e P Meyer (*Münch. Med. Woch.*, nn. 47 e 48, 1931) la mortalità dei 2476 pazienti curati nella Clinica chirurgica di Zurigo per ferite accidentali raggiunse l'1,6 % (40 casi).

Il mezzo più efficace per la profilassi dell'infezione delle ferite è sicuramente la toilette delle ferite fatta quanto più presto possibile dopo l'accidente: a questo scopo gli AA. considerano la soluzione alcoolica di iodio al 5 % come il disinfettante sovrano. Ma malgrado l'uso di essa può aversi l'infezione della ferita (gli AA. la ebbero nel 22 % dei casi) onde si richiede un controllo accurato della ferita, controllo clinico, batteriologico e talvolta radiologico (infezioni gassose). Resta sempre all'impressione individuale del medico la necessità o meno di incisioni o amputazioni da cui possano residuare eventuali deformità o invalidità. Certo si è che chi più e facile all'intervento, quegli avrà minore percentuale di mor-

talità, specialmente nei casi di infezione gassosa. L'uso profilattico del siero antitetanico e in minor grado del siero contro l'infezione gassosa è certamente necessario, ma una accurata scelta dei casi è anche opportuna: infatti in alcuni casi il tralasciare l'iniezione di siero profilattico non può essere considerato come errore. Nel tetano rimane sempre la difesa organica, aiutata da mezzi terapeutici, il fattore più importante di guarigione. Nei 28 casi di tetano traumatico osservati nella clinica di Zurigo e opportunamente curati si ebbe soltanto il 39 % di mortalità.

G. La Cava.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Il magnesio nel trattamento del tremore intenzionale. — All'abb. n. 8631:

Il magnesio ha azione deprimente su tutte le parti del sistema nervoso ed in particolare sulle terminazioni nervose dei muscoli.

Si dimostra efficace in tutti gli stati spastici (eclampsia, tetano, avvelenamento da stricnina, ecc.), nel divezzamento della morfina, con la quale ha spiccata azione sinergica. È stato adoperato anche come narcotico in chirurgia.

Lo si adopera sotto forma di solfato in soluzione al 25 % per via intramuscolare ed al 10 % per via endovenosa, nella misura di 15-25 cmc. per ciascuna iniezione. Solo eccezionalmente è stata scelta la via intrarachidea.

È a presumere che abbia azione favorevole su tutti i tremori, compreso quello intenzionale della sclerosi a placche.

Ma i vantaggi che si possono ottenere non possono essere che transitori.

In effetti il magnesio è indicato come deprimente sopra tutto negli stati ipercinetici acuti.

G. Dragotti.

VARIA.

Le malattie sofferte da Goethe.

Il numero del 26 marzo c. a. della rivista *Forschung und Fortschritte* tutto dedicato a Goethe contiene un articolo sulle malattie sofferte dal grande poeta durante la sua lunga vita.

L'articolo ricorda innanzi tutto che Goethe iniziò drammaticamente la sua vita, come egli stesso scrisse nell'autobiografia. A causa dell'imperizia della levatrice nacque asfittico e potette essere salvato solo dopo lunghi sforzi.

Questo accidente, che fu attribuito a strangolamento del cordone ombelicale, riuscì benefico a Francoforte, perchè il nonno del poeta che era il primo magistrato della città, ne prese occasione per assoldare un ostetrico e per istituire o far rivivere una scuola per levatrici.

Durante la fanciullezza soffrì una forma grave di vaiuolo che, come era consuetudine in quel tempo, fu curato con applicazioni molto calde, il che aumentò notevolmente le sue sofferenze.

L'innesto vaccinico era stato da poco introdotto in Germania ma i medici si rifiutarono di applicarlo giudicandolo una pratica contro natura. Goethe quindi non si era giovato di questo mezzo preventivo.

Malgrado la gravità dell'attacco non residuarono deformazioni. Nessuna cicatrice deturpò il bel volto del poeta che rimase così uno degli uomini più prestanti del suo tempo.

Successivamente soffrì anche il morbillo nonchè la varicella e la vaiuoloide.

A venti anni ebbe una lunga malattia che alcuni critici medici ritengono sia stata la sifilide.

Ma, come fu poi provato anche per Schopenhauer, una tale diagnosi postuma sembra errata.

Certo Goethe durante la sua vita di studente a Lipsia fu molto esposto ai contagi venerei, ma ciò non prova che egli abbia effettivamente contratta la sifilide.

L'errore di diagnosi fu definitivamente accertato da Fraenkel che nella *Zeitschrift für Tuberkulose* del 1910 dimostrò che la malattia giovanile di Goethe fu di natura tubercolare. Egli ebbe frequenti emottisi e poi frequenti ingorghi glandolari alle regioni latero-cervicali.

Come molti altri grandi uomini fu vittima della gotta. Fece perciò parecchie volte cure a Pyrmont, Marienbad ed in altre stazioni idrominerali.

Alleviava il tedio della lunga permanenza in questi luoghi di cura sempre con nuovi amori.

Goethe conservò il desiderio e la potenza sessuale fin quasi al termine della vita.

Non presentò mai sintomi di ipertrofia prostatica.

Nella vecchiaia diventò stittico e consumava ogni anno fino a 40 bottiglie di acqua purgativa di Marienbad.

Come Heine e Hugo detestava il tabacco, ma indulgeva all'alcool.

Verso gli ultimi anni divenne più temperante.

Però sua moglie ereditò dal padre una forte tendenza all'alcoolismo, che non l'abbandonò mai.

Dei suoi tre nipoti, nessuno dei quali ereditò il genio di Goethe, uno morì bambino e gli altri due nella seconda metà del secolo scorso.

La morte del grande poeta sembra sia stata determinata dall'angina pectoris, aggravata dall'influenza di cui egli aveva sofferto poco prima parecchi attacchi.

argo.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE.

La nuova organizzazione dell'Opera Maternità e Infanzia e gli sviluppi della sua azione assistenziale.

Una radicale e profonda riforma, relativa all'organizzazione e al funzionamento degli organi locali dell'Opera Nazionale Maternità e Infanzia, è stata recentemente disposta dal Regio commissario Sileno Fabbri per rendere, dopo una quinquennale esperienza, meglio rispondente l'attività di quegli organi ai fini che l'Opera deve conseguire nel quadro della politica assistenziale del Regime.

La riforma si ispira innanzi tutto al criterio che l'O. N. M. I. non è nè un Ente elemosiniere nè una istituzione terapeutica, ma soltanto un Ente assistenziale che deve fornire mezzi morali e materiali perchè gli assistiti vengano messi in condizione di costituire altrettanti elementi autonomi e capaci nella vita della Nazione.

La nuova organizzazione dell'Opera, annunziata ora è qualche mese dal nuovo Commissario, è già in via di attuazione. Con essa si verrà ad assicurare una più organica funzionalità nelle varie forme dell'assistenza della maternità e dell'infanzia, attraverso, sopratutto, l'istituzione di organi tecnici responsabili.

In tal modo, al posto dei Consigli e delle Giunte, le Federazioni provinciali saranno rette da un Delegato straordinario avente requisiti non solo specifici, relativi cioè ad una provata esperienza nel campo dell'assistenza materna e infantile, ma altresì amministrativi e politici, in relazione al compito ad essi deferito. L'organo tecnico professionale della Federazione, il quale finora mancava, sarà il Segretariato sociale, che, oltre a vigilare e coordinare l'organizzazione dei Segretariati sociali dei centri di assistenza materna e infantile dell'Opera, dovrà promuovere e coordinare le iniziative locali, raccogliere i dati riguardanti l'attività della Federazione e dar corso ai provvedimenti chiesti dai centri.

La scelta dei Segretari sociali sarà fatta per titoli e per esami. A tale scopo col giugno si inizieranno due corsi, uno a Roma ed uno a Milano, per preparare tale personale specializzato.

I centri di assistenza.

La Federazione esplicherà la sua attività assistenziale a mezzo dei « Centri » di assistenza materna e infantile. Ogni Delegato straordinario fisserà nella propria provincia le circoscrizioni assistenziali della maternità e dell'infanzia. Tali circoscrizioni saranno distinte in urbane e rurali, queste ultime fissate in base agli ex-circondari amministrativi od a gruppi di ex-mandamenti amministrativi nelle zone a popolazione molto densa.

Ogni centro sarà presieduto dallo stesso Presidente del Comitato di Patronato, che nei centri urbani avrà per competenza territoriale la circoscrizione assistenziale del centro; mentre in quelli rurali funzionerà nel Comune in cui il centro avrà sede. Gli organi tecnici del centro sono: il Segretariato sociale e il Consultorio ostetrico e pediatrico. Il Segretariato sociale riassume tutta l'attività sociale del centro, sia nel campo assistenziale morale, che in quello dell'assistenza igienico-sanitaria. Il consultorio ha una funzione esclusivamente educativa per la donna, sia essa gestante, nutrice o madre; e profilattica per i bambini. Nei centri rurali quando non sarà possibile far funzionare un consultorio a mezzo di un medico del luogo, i medici del « Centro » provvederanno a farlo funzionare essi stessi in giorni ed ore prestabiliti; e perciò, ove l'istituzione non sarà possibile, funzioneranno le cattedre ambulanti di puericultura, dipendenti direttamente dai Delegati straordinari delle Federazioni.

Ad ogni consultorio dei centri di assistenza saranno annessi un asilo-nido ed un refettorio materno. Nelle circoscrizioni agiranno le assistenti sociali la cui funzione essenziale è quella di individuare le esigenze delle madri e dei fanciulli bisognosi e di vigilare l'esecuzione dei provvedimenti assistenziali del centro. Qualora, in speciali località, non sarà possibile servirsi dell'asilo-nido e del refettorio, si dovrà ricorrere, con una oculata sorveglianza, ad organizzazioni ed istituzioni già esistenti, opportunamente scelte.

I mezzi finanziari.

Per quello che riguarda i mezzi finanziari, la riforma mira ad attuare un sistema di decentramento e di responsabilità diretta di ciascuna Federazione. Pertanto le assegnazioni dell'Amministrazione centrale saranno globali, tenendo per base il fattore demografico per ciascuna provincia. Le Federazioni dovranno alleggerire al massimo grado il loro onere finanziario, sopratutto abolendo i sussidi in denaro che costituiscono una forma di beneficenza che agevola la formazione di ceti parassitari, e abolendo altresì i contributi fissi e continuativi ai vari istituti, i quali possono essere aiutati solo temporaneamente a fine integrativo.

Del resto l'attività finanziaria delle Federazioni dovrà essere fondata specialmente sulla collaborazione di istituti e di filantropi chiamati più che mai a contribuire con spontanee elargizioni al maggiore potenziamento dell'Opera. A tale scopo è anzi istituito uno speciale « fondo pupillare » destinato a raccogliere somme anche modeste da tutte le classi sociali.

In complesso la riforma della organizzazione e del funzionamento tecnico amministrativo degli organi locali dell'Opera Nazionale Maternità e Infanzia — riforma che si attua dopo appena pochi mesi dalla nomina del nuovo regio commissario Sileno Fabbri — tende a rafforzare sotto tutti gli aspetti l'azione assistenziale per cui l'opera stessa è stata creata; ed i cui fini eminentemente sociali costituiscono un elemento fondamentale della politica del Regime.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI.

In sede di bilancio.

Si è discusso al Senato del Regno il bilancio dell'interno, su relazione dell'on. Bevione.

Per quanto concerne i servizi igienico-sanitari, l'on. Maragliano si occupa particolarmente della lotta contro la tubercolosi, alla quale tanto impulso ha dato il capo del Governo e per la quale tante benemerenze si è acquistate la Federazione Nazionale. Raccomanda di promuovere, non ostacolare, la vaccinazione antitubercolare. Segnala la necessità di diffondere la cultura speciale sulla tubercolosi nei medici. Il Governo ha già fatto molto creando l'Università tisiologica Benito Mussolini e affidandola ad Eugenio Morelli, ma è necessario sviluppare nelle provincie insegnamenti elementari e lamenta che mentre il Governo attende con tanto amore a diffondere il principio della specializzazione, in molti grandi ospedali non sia dalle Amministrazioni rispettato. Ed a proposito di ospedali segnala la meravigliosa attività della Cassa Nazionale delle Assicurazioni colla creazione di nuovi asili curativi.

Vorrebbe che si elevassero le pensioni ai benemeriti medici condotti.

L'on. Guaccero rileva che da parecchi anni nell'esercizio professionale egli si avvale con buon risultato della vaccinazione Maragliano.

Dà ampia lode al Governo fascista di aver saputo affrontare tutti i problemi fascisti, in specie quelli relativi alla tutela della salute pubblica. L'oratore suggerisce una serie di provvidenze atte a risolvere i problemi assistenziali. Si occupa in particolare dell'assistenza agli storpi e paralitici, per i quali preconizza la fondazione d'istituti speciali.

L'on. Gabbi ricorda Guido Baccelli, vero precursore dell'educazione fisica. Sostiene che l'educazione fisica deve essere adattata ai giovani a seconda della loro costituzione più o meno gracile. Vorrebbe che si desse incremento alle colonie fluviali, meno costose di quelle marine e montane. Si occupa anche della profilassi contro la tubercolosi e ricorda le proposte formulate nei vari congressi.

L'on. Pestalozza parla sul capitolo del bilancio riguardante la maternità ed infanzia e vorrebbe che fossero aumentati i fondi per un'opera tanto utile e benefica. Raccomanda l'assistenza alle gestanti povere e ai loro nati.

L'on. Passerini si occupa del problema del latte; raccomanda al Governo di provvedere per un alimento così necessario. Vorrebbe sospesa l'istituzione di nuove Centrali e disciplinate quelle esistenti.

L'on. Bevione, relatore, circa la richiesta dell'on. Maragliano diretta a far elevare le pensioni ai medici condotti ed a quella dell'on. Guaccero relativa alla creazione di appositi istituti per deformi, invita a tener conto delle esigenze del bilancio. In merito all'educazione fisica impartita scientificamente ai gracili, la Commissione di finanza raccomanda tale problema all'attenzione del Governo.

L'on. Arpinati, sottosegretario di Stato, risponde esaurientemente ai vari oratori.

Per necessità di spazio ci limitiamo a riportare solo qualche cenno del suo discorso. Riguardo alla vaccinazione antitubercolare, rileva che il Governo la favorisce e che ne augura la massima diffusione; ma è necessario procedere con prudenza. L'on. Morelli, segretario del Sindacato Nazionale Medico, non mancherà di svolgere opera di persuasione nella classe, per promuovere il nuovo mezzo di profilassi antitubercolare. In merito agli storpi ed ai mutilati, rileva che, se invalidi, già vengono assistiti dallo Stato e dai Comuni e che l'Opera Nazionale M. I. già svolge un'azione assistenziale altamente pregevole per i minorenni; pel momento non è possibile fare di più. Riguardo all'educazione fisica rivolta a irrobustire i bambini gracili ed a rafforzare la razza, una Commissione, presieduta dal sen. Viola, studia il problema; essa lavora in rapporto con la Direzione di sanità. L'O. conviene sull'utilità di corsi d'integrazione per i medici sull'educazione fisica e crede che andrebbero istituiti anche per i maestri. Le colonie fluviali sono già in continuo incremento. Nell'Opera Nazionale M. I. vengono ora attuate, dal Regio Commissario, semplificazioni e riforme, che ne rendono meno costosa la gestione e che varranno ad accrescere le disponibilità destinate alle varie forme di assistenza. È in corso un disegno di legge che unifica nell'O. N. M. I. tutte le varie forme di assistenza ai minori, finora svolte dalle province, e che estende l'assistenza ai legittimi. Quanto al problema del latte, è sospesa l'istituzione di nuove Centrali; dove è possibile, le Centrali esistenti od in via di costruzione vengono affidate a Consorzi di produttori e si sorveglia affinchè i capitolati vengano fatti rigorosamente rispettare. D'altra parte non si deve disconoscere la funzione di efficace tutela della salute pubblica, che queste istituzioni esercitano, in particolare per quanto concerne la trasmissione della tubercolosi.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Aradeo (*Lecce*). — Scad. 10 giu.; 2ª cond.; lire 7480 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1000 cavalc.; età lim. 35 a.; punti agli esami di laurea; tassa L. 50,10.

Busto Arsizio (*Varese*). — Con deliberazione Commissariale del 18 maggio corrente, è stato prorogato a tutto il giorno 21 giugno 1932 il termine per la presentazione delle domande per il concorso al posto di medico-chirurgo della terza condotta urbana di Busto Arsizio.

Caltabellotta (*Agrigento*). — Scad. 30 giu.; lire 8000 e 4 quadrienni dec.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

Castelletto di Branduzzo (*Pavia*). — Scad. 15 giu.; L. 11.000 e 5 quadrienni dec.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50,15.

Cuorgnè (*Aosta*). — La R. Prefettura informa che il concorso al posto di ufficiale sanitario del Consorzio di Cuorgnè è prorogato fino al 15 settembre p. v. sotto tutti i patti e condizioni del manifesto 15 febbraio 1932.

Ferrara. *Amministraz. Provinciale.* — Scad. 10 giu.; medico aiuto del brefotrofio; L. 8000 e quadrienni dec., oltre c.-v.; età lim. 35 a.

GENOVA. *Comune.* — È aperto un concorso pubblico per esami e per titoli ad un posto di chimico assistente nel Laboratorio chimico comunale.

Per l'ammissione al concorso deve essere presentata alla Segreteria Municipale entro le ore 17 del 31 agosto 1932 domanda in carta bollata da L. 3, corredata dai documenti (in carta bollata e debitamente legalizzati) prescritti dall'art. 8 del Regolamento per i laboratori provinciali e comunali d'igiene e profilassi 16 gennaio 1927 n. 155, da una fotografia (formato tessera) di data recente con la firma autenticata da un pubblico ufficio, a ciò autorizzato, da una dichiarazione in carta bollata da L. 5 di accettazione di tutte le norme stabilite nel presente avviso, e dai titoli scientifici e di carriera, che ogni concorrente crederà utile nel proprio interesse di produrre, descrivendoli in un elenco in due originali, uno dei quali gli sarà restituito con dichiarazione di ricevuta.

Il certificato di buona condotta morale, civile e politica deve essere rilasciato dal Podestà o dai Podestà dei Comuni in cui il concorrente ha avuto la residenza nell'ultimo triennio.

I concorrenti non debbono superare alla data del presente avviso l'età di 35 anni, salvo le esenzioni dal limite di età previste dall'art. 9 del Regolamento sopra citato.

I concorrenti saranno sottoposti a visita sanitaria di controllo da parte dell'Ufficiale Sanitario del Comune.

Il programma e le norme per gli esami sono quelli stabiliti dal Ministero dell'Interno con disposizioni del 9 maggio 1927.

La nomina sarà fatta in via di esperimento per due anni dalla effettiva assunzione del servizio a sensi delle disposizioni del vigente Regolamento organico del Comune.

Il nominato dovrà assumere le sue funzioni entro quindici giorni dalla partecipazione della nomina, in difetto di che sarà considerato dimissionario, salvo il caso di legittimo impedimento debitamente comprovato.

L'accettazione del posto implica da parte dell'eletto l'impegno di assumere tutti gli obblighi sanciti dalle disposizioni legislative e regolamentari dello Stato, dal Regolamento 16 gennaio 1927, n. 155, per i laboratori provinciali e comunali di igiene e profilassi, dal vigente Regolamento generale per gli uffici ed il personale del Comune, e da tutte le modificazioni che alle leggi e regolamenti possano essere apportate in avvenire.

L'eletto dovrà fissare la sua effettiva residenza nel Comune di Genova.

All'eletto è fatto espresso divieto di attendere alla libera pratica professionale o ad occupazioni affini.

I concorrenti non eletti non potranno elevare diritti o pretese di sorta verso la civica Amministrazione.

Lo stipendio iniziale è fissato in L. 14.000 annue, lorde di ritenute per le imposte dello Stato e per la pensione, con dieci aumenti biennali di L. 450, oltre l'indennità temporanea di caro viveri nella misura stabilita per i dipendenti delle Amministrazioni dello Stato; tutto soggetto alla riduzione del 12 per cento.

L'eletto sarà iscritto alla Cassa di previdenza per le pensioni agli impiegati dei Comuni.

Genova, addì 15 maggio 1932-X.

Il Podestà: E. BROCCARDI.

Il Segretario Generale: S. ARDY.

GROSSETO. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli ed esami; posto di assistente della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio di igiene e di profilassi. Stipendio iniziale L. 9500, aumentabile di un decimo per ogni quadriennio fino a raggiungere il massimo di L. 14.250, più supplemento di servizio attivo L. 1500, indennità di alloggio L. 500 ed indennità di caro viveri, se ed in quanto dovuta, nella misura e durata degli altri impiegati della Provincia, nonchè una quota di partecipazione agli introiti per contravvenzioni, analisi, ricerche ecc. Le domande, corredate dei relativi documenti, dovranno essere inviate alla Segreteria della Provincia entro il 15 luglio 1932. Richiedere avviso di concorso per conoscere le altre condizioni alla predetta Segreteria.

LOAZZOLO (*Alessandria*). — Proroga a tutto il 19 lug.

LODI. *Ospedale Maggiore.* — Medico primario direttore; scad. 30 giu. ore 17; titoli ed eventualm. esami; L. 12.500 oltre L. 2500 serv. att., L. 3000 indenn. carica, deduz. 12 %; 2 quadrienni e 4 quinquenni dec.; appartamento; età lim. 45 a.; doc. a 3 mesi dal 21 mag. Chiedere annunzio.

MIGGIANO (*Lecce*). — Scad. 15 giu.; per Montesano; L. 8360 e 5 quadrienni dec.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

MONTAFIA D'ASTI (*Alessandria*). — Scad. 30 giu.; L. 7000 e 4 quadrienni dec., oltre L. 500 trasp., L. 500 uff. san.; riduz. 12 %; età lim. 45 a.

PARTANNA (*Trapani*). — Scad. 13 giu.; rivolgersi Segreteria com.

PETTINEO (*Messina*). — Scad. 16 giu.; L. 9000, oltre L. 500 se uff. san.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.

PINCARA (*Rovigo*). — Scad. 15 giu.; L. 8500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 800 serv. att., c.-v., lire 3000 trasp., L. 500 ambulat., L. 600 se uff. san., alloggio; riduz. 12 %; età lim. 45 a.; tassa L. 50,10.

POLA. *Amministraz. Prov.* — Scad. 15 lug.; direttore del Laborat. med.-micrograf. d'igiene e profilassi, Sez. chimica; L. 11.600 aumentabili, oltre L. 2800 aumentabili di serv. att., eventualm. partecipaz. utili, ecc.; riduz. 12 %; età lim. 45 a.; tassa L. 30.

PORLEZZA (*Como*). — Scad. 15 giu., ore 18; 1ª condotta del Consorzio medico tra i Comuni del Circolo Ospedaliero di Valsolda; doc. a 3 mesi dal 10 mag.; L. 9000 oltre L. 1200 trasp., L. 500 ambulatorio, L. 1100 se uff. san.; decurtaz. 12 %. Chied. annunzio.

REGGIO EMILIA. *Ospedale di S. Maria Nuova.* — Scad. 10 ag., ore 18, quattro assistenti effettivi; L. 7000 e c.-v., indennità di guardia L. 10 ecc.; tassa L. 50,10; età lim. 35 a.; titoli; doc. non anter. di 10 giorni al 10 mag. Chiedere annunzio. Rivolgersi agli Uffici dell'Amministraz. (via Roma 31).

ROMA. *R. Prefettura.* — Al 10 lug., ufficiali sanitari di Gaeta e consorzi di Frascati, Montecompatri, Monteporzio Catone, Marino, Grottaferrata, Castelgandolfo, Roccadipapa, Palestrina, Zagarolo, Cave, Roccadicave e Castel San Pietro Romano; L. 12.000 per ogni posto, oltre L. 500 indennità complementare per ogni Comune al Capo Consorzio; 5 quadrienni dec.; deduz. 12 %; tassa lire 50,10. Titoli ed esami. Divieto libero eserc. profess. Rimborso spese trasp. oltre i 3 Km. Per concorrere a più di un posto, presentare distinte domande e quitanze pagamento tassa.

Rosora-Mergo (*Ancona*). — A tutto 20 giu., per Mergo; L. 7920 oltre L. 2640 cavallo od automezzo, già depurati; 5 quadrienni dec., c.-v.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 22 apr. Chied. annunzio.

Rossano (*Cosenza*). *Ospedale Civile « Nicola Giannettasio »*. — Scad. 30 giu.; tre medici chirurgi; L. 1800 da ridurre del 12 %; percentuale compensi sugli interventi chirurgici; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10

S. Paolo Albanese (*Potenza*). — Scad. 31 lug.; L. 6160 già ridotte 12 %; 6 quadrienni di L. 513,30; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

Scansano (*Grosseto*). — Direttore dell'Ospedale Civile. Stipendio e indennità alloggio al netto di ogni ritenuta L. 11.923,20. Stipendio per direzione Padiglione Antitubercolare, da stabilire. 50 % operazioni paganti; 20 % ambulatorio. Età massima 40 anni. Nessun limite per direttore Ospedale in carica. Scadenza 30 giugno. Documenti di rito e vaglia di L. 50 alla Congregazione di Carità di Scansano. Schiarimenti presso la Congregazione stessa.

Valdobbiadene (*Treviso*). — Scad. 31 lug.; 3° reparto; L. 7040 oltre L. 1760-2200-3000 trasp., c.-v.; addizionale L. 4,40 sopra il 25 % della popolaz.; tassa L. 50.

Valledolmo (*Palermo*). — Scad. 90 giorni dal 30 apr.; L. 9000 e 5 quinquenni dec.; ritenute e diminuzioni di legge; addizion. L. 3 oltre 1000 pov.; tassa L. 50.

Volpago del Montello (*Treviso*). — Scad. 30 giorni dal 20 maggio; consorzio sanit. del Montello; L. 9500 per 1000 pov., addizion. L. 5, cavallo lire 2500, se uff. san. L. 500, 5 quinquenni dec., riduz. 12 %; età lim. 40 a.; biennio di pratica ospedaliera o condotta. Chied. annunzio.

Zara. — Direttore della Sezione Medico-Micrografica, direttore della Sezione Chimica, coadiutore per tutte e due le Sezioni del Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi. Il concorso è prorogato al 12 luglio p. v. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria dell'Amministrazione Provinciale di Zara.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte mediche-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il Consiglio dell'Università di Parigi, accogliendo le proposte avanzate dalle singole Facoltà, ha conferito il titolo di dottori *honoris causa* a cinque insigni studiosi, tra cui G. Sanarelli di Roma; gli altri sono: C. V. Ramon, premio Nobel, di Calcutta; W. D. Guthrie, di New York; M. Sugiyama, di Tokio; E. S. Staff, di Upsala.

La consegna del diploma e delle insegne verrà fatta solennemente nella Sorbona il 5 novembre, inaugurandosi l'anno accademico.

Tra i commenti della stampa medica relativi all'alta distinzione conferita al prof. Sanarelli, riportiamo quello pubblicato dalla « Revista Sud-Americana de Endocrinología, Inmunología y Quimioterapía: « Il Sanarelli... è il prototipo del lavoratore intelligente e instancabile. Le sue pubblicazioni scientifiche — tutte geniali e importanti — vanno succedendosi ininterrottamente, come se gli anni, che già dovrebbero cominciare a pesare sugli omeri dell'illustre collega ed amico, volessero rispettare quel cervello privilegiato. L'Università di Parigi... onorando lo scienziato ha onorato se stessa ».

La Facoltà medica di Milano ha chiamato, con votazione unanime, il prof. Mario Donati alla cattedra di Clinica chirurgica.

Felicitazioni vivissime all'illustre Maestro, che certamente lascia con rammarico il grande Ateneo torinese, ove era circondato dalla generale estimazione, attratto dal nuovo e imponente centro di studi costituitosi nella Metropoli lombarda, cui egli reca il prestigio del suo nome e del suo valore chirurgico.

La Società francese di dermatologia e sifilografia ha nominato, per acclamazione, socio corrispondente d'onore il prof. Emanuele Freund di Trieste, al quale inviamo sinceri rallegramenti.

Il prof. Alessandro Bozzoli, primario oculista dell'Ospedale Civile di Treviso e docente di Clinica oculistica nella R. Università di Padova, veniva nominato socio della « Deutsche Ophtalmologische Gesellschaft » di Eidelberga, su proposta del presidente prof. Wagemann. Rallegramenti.

La medaglia d'oro dei benemeriti della Mutualità Scolastica Italiana è stata conferita al dott. Alfredo Albertini, medico capo sezione dell'Ufficio d'Igiene di Milano.

La Facoltà medica di Berlino ha proposto per la cattedra vacante di medicina interna: *primo et equo loco* Volhard (Francoforte), Schittenhelm (Kiel) e Morawitz (Lipsia); *secundo loco* Eppinger (Colonia); *tertio loco* Staehlin (Basilea); la cattedra è stata offerta a Morawitz.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Catania.

Congresso Medico Siciliano.

(16-18 maggio 1932)

Il 16 maggio, alle ore 10, nel Palazzo Municipale di Catania, si è inaugurato il IX Congresso Medico Siciliano in presenza delle autorità civili, militari e religiose e col concorso di molti medici dell'Isola. Era anche presente l'on. Morelli, segretario del Sindacato Medico Nazionale.

Hanno pronunziato discorsi augurali S. E. il Prefetto, il Commissario al Comune, il segretario provinciale del Sindacato medico.

L'on. prof. Muscatello si dichiara ben lieto di ospitare nella sede dell'Università della quale è Rettore, il Congresso medico e consegna all'on. Morelli, perchè si degni portarla al gr. uff. Basile, la medaglia d'oro che il Congresso ha fatto coniare, in segno di omaggio verso l'illustre conterraneo, direttore della Sanità Pubblica, assente per improrogabili impegni.

Brevi discorsi pronunciano i proff. Giuffrè e Bilancioni. L'on. Morelli caldeggia la iscrizione nei Sindacati dei professori universitarii, si compiace della mostra del farmaco italiano, prima del genere, ed infine rivendica al medico italiano la piena consapevolezza della sua missione nazionale ed umanitaria.

* * *

Alle ore 15,30 nell'Aula Magna della R. Università si svolge la prima seduta scientifica.

Il prof. Muscatello inizia la relazione su « *Addome acuto* ».

L'illustre clinico rileva su statistiche recenti, l'alta mortalità dopo gli interventi chirurgici in affezioni addominali acute e la riferisce al temporeggiamento prima di ricorrere ad un'operazione.

L'attesa è sempre dannosa. Anche quando l'attacco finisce con la guarigione, questa si fa attendere molto.

Quando l'attacco si aggrava, le probabilità di guarigione mediante un atto operativo diminuiscono progressivamente coll'aumento delle ore di attesa.

Insiste quindi sul precetto che la determinazione per un intervento chirurgico deve essere presa nelle prime sei ore e riferisce la propaganda che in tal senso e con varii mezzi si va svolgendo in America.

La dotta relazione è molto applaudita.

Il prof. Zurria, correlatore, inizia la sua relazione sulla « sintomatologia multipla dell'addome acuto ». Egli, dopo avere sintetizzato il quadro di varie affezioni addominali acute, conclude che la maggior parte di esse riesce mortale senza un intervento chirurgico tempestivo.

I congressisti svolgono comunicazioni su argomenti varii.

* * *

La successiva riunione ha luogo nel Convalescenziario di Caltagirone.

Il prof. Di Guglielmo svolge la sua relazione sul tema: « *La cura immunitaria della tubercolosi* ».

L'O. sintetizza la storia della vaccinazione specifica facendone una oculata critica, espone gli attuali metodi di vaccino e sieroterapia segnandone i limiti di azione ed i possibili risultati.

Il prof. Sagona svolge la sua relazione sull'importanza sociale della cura immunitaria nella tubercolosi, concludendo che allo stato attuale la questione della vaccinazione Calmette va studiata con prudenza, da istituti adatti e da specialisti autorizzati a ciò con perfetta preparazione, mentre non è il caso di parlare di uso da parte dei medici pratici.

Sono intervenuti nella discussione i proff. Giuffrè, Morelli, Bilancioni ed altri.

Dopo la relazione sono state fatte numerose comunicazioni sulla tubercolosi.

* * *

L'ultima seduta è stata dedicata, oltre che allo svolgimento di temi di patologia regionale con una relazione del prof. Serio, anche alla trattazione di argomenti varii.

A. T.

NOTIZIE DIVERSE.

10° Congresso internazionale di psicologia.

È indetto a Copenaghen dal 22 al 27 agosto, sotto l'alto patronato del Re di Danimarca. Potranno inscriversi, quali membri attivi, gli psicologi e gli studiosi di scienze affini. Lingue ufficiali saranno: il francese, l'inglese, l'italiano e il tedesco. Quote: 150 franchi francesi per i membri attivi; 60 per gli aderenti. L'« American Express Company » si è riservata di cercare le camere per i congressisti. Segreteria generale: Studiestrade 6, Copenague K, Danimarca.

22° Congresso nazionale idroclimatologico.

Questo Congresso si è svolto a Viareggio e Montecatini, unitamente al 5° Raduno talassoterapico, con l'intervento di oltre 600 congressisti. All'inaugurazione parlarono il podestà di Viareggio duca Salviati, il prof. Gennaro Fiore, presidente del Comitato organizzatore, il gr. uff. Rebucci, il prof. Adriano Valenti, presidente della Società italiana idroclimatologica, il prof. Comba, il prefetto gr. uff. Baccaredda e altri. Nelle varie sedute del Congresso vennero fatte importanti relazioni. Ebbe anche luogo una gita a Monte Vestito, sulle Alpi Apuane, ed a Bagni di San Giuliano.

7° Congresso francese di stomatologia.

Avrà luogo a Parigi nel prossimo ottobre; ma anzichè, come di consueto, alla fine di tale mese, le sedute si svolgeranno dal 3 all'8 ottobre. Questa anticipazione, che rompe una lunga tradizione, è stata deliberata per favorire il concorso degli stomatologi stranieri, per i quali tale epoca è più propizia. Si spera in tal modo, con una manifestazione collettiva imponente, di influire sui pubblici poteri, neutralizzando l'impressione prodotta dal voto dell'Accademia di Medicina (di cui ebbe ad occuparsi a suo tempo « Il Policlinico »), la quale a lieve maggioranza si pronunciò lo scorso anno in senso contrario all'obbligatorietà della laurea in medicina per l'esercizio dell'odontoiatria.

Due relazioni sono annunciate: la prima sull'osteite non specifica del mascellare superiore (relatori i dottori Cadenat di Tolosa e Vilinsky di Parigi) e la seconda sulle micosi cervico-facciali (re-

latore il dott. Dechaume di Parigi). Sarà inoltre posta in libera discussione la questione delle indicazioni e controindicazioni delle estrazioni d'urgenza.

La quota di adesione è di cento franchi, da inviarsi al tesoriere dott. Boutroux, rue des Sablons 22, Paris (XVIe).

3° Congresso ispano-portoghese di urologia.

Si terrà dal 4 al 7 luglio in Coimbra, sotto la presidenza dei proff. A. da Fonseca e P. Cifuentes; comprenderà il 9° Congresso dell'Associazione spagnola di urologia. Temi: « Riflusso urinario » (relatori L. e A. Peña); « Patologia del collo vescicale » (relatore A. da Fonseca). Quota d'iscrizione: 30 pesetas per i congressisti, 15 per gli aggregati. Le ferrovie spagnole e portoghesi concederanno ribassi notevoli. Funzioneranno da segretari i dottori Enrique Bastos e Salvador Pascual (Lagasca 38, Madrid, Spagna).

2° Congresso spagnolo sulla patologia digestiva.

Si adunerà dall'11 al 13 maggio 1933 in Barcellona. La Commissione organizzatrice ha stabilito quale tema: « Le coliti »; il tema sarà trattato in tre parti: 1° Eziologia e patogenesi (relatori O. Pascual e G. Arrese); 2° Diagnosi clinica e trattamento medico (relatore G. Márquez); 3° trattamento chirurgico (relatore G. Paláez). Per informazioni rivolgersi alla segreteria generale: calle de Clarís 113, Barcelona, Spagna.

" Quindicina medica ,, nel Brasile.

Il Sindacato Medico Brasiliano ha realizzato, dal 7 al 21 maggio, in Rio de Janeiro, una « Quindicina Medica » con vasto programma tecnico e professionale.

2° Raduno delle società medico-chirurgiche delle Tre Venezie.

Era stato convocato per il mese di maggio; ma circostanze sopravvenute hanno indotto a differirlo e avrà luogo nell'autunno prossimo. Ne daremo, quando saranno definiti, la data precisa e il programma.

Raduni medici culturali.

Si è svolto a Montesarchio il 2° raduno promosso dal Consultorio Clinico Gaetano Rummo di Benevento. I proff. A. Della Cioppa, V. Lenzi, A. Ferrannini e il dott. M. Grasso illustrarono interessanti questioni di diagnostica e terapia; alla discussione parteciparono vari intervenuti.

Consiglio Nazionale delle Ricerche.

Il Senato del Regno ha approvato la legge sull'ordinamento del C. N. R., già votata dalla Camera dei Deputati. La disposizione che nella legge ha la maggiore portata, è quella che rende obbligatorio il parere del C. N. R. su tutte le proposte di regolamenti che sono soggette all'approvazione del Consiglio dei Ministri, quando la materia di tali regolamenti abbia carattere tecnico-scientifico.

Conferenza.

Il prof. Alberto Ascoli ha tenuto, nella sala « Arnaldo Mussolini » della Confederazione nazionale Sindacati fascisti professionisti e artisti di Roma, una conferenza « sui problemi di patogenesi e profilassi della tubercolosi ».

Alla Clinica medica di Roma.

S. M. la Regina d'Italia, accompagnata da una dama di Corte, si è recata a visitare la Clinica medica del Policlinico Umberto I di Roma.

Era a ricevere la Sovrana il prof. Frugoni, direttore della Clinica, il quale era circondato da tutti i suoi assistenti.

Elena di Savoia ha sostato lungamente nella Clinica, interessandosi in particolar modo della sua attività. Si è intrattenuta poi con alcuni ammalati ai quali ha rivolto parole di conforto.

Successivamente S. M. la Regina ha minutamente visitato i laboratorii di ricerca scientifica annessi alla Clinica e particolarmente quelli destinati alle ricerche relative allo studio dell'asma e delle malattie allergiche, quelli di chimica e di chimico-fisica, di bacteriologia, di istologia, di ricerche grafiche e di analisi dei gas del sangue, il gabinetto radiologico.

Nel congedarsi S. M. la Regina Elena ha tenuto ad esprimere al prof. Frugoni tutto il suo compiacimento per avere fatto della Clinica medica dell'Università di Roma uno strumento di lavoro scientifico modernissimo e completo. La Sovrana, che ha disposto larghe beneficenze per aiuti ai degenti, si è degnata anche d'inviare una radio in regalo ai malati della Clinica.

L'Istituto Cesare Battisti in Roma.

Con solenne cerimonia, alla presenza di numerose personalità, tra cui il Prefetto di Roma, si è inaugurato l'ampliamento di tutti i Servizi dell'Istituto climatico Cesare Battisti. La benedizione venne impartita da Monsignor Cremonesi, Elemosiniere del Santo Padre.

La disponibilità del sanatorio è ora aumentata di oltre 50 letti. Si è ampliata la veranda; si è costruito *ex novo* un fabbricato per la cucina e per i servizi annessi; si è costruita una nuova chiesa, adattabile anche a teatro (previa autorizzazione dell'autorità ecclesiastica); si è provveduto per una sala operatoria, per una nuova sala radiologica; si sono riorganizzati e perfezionati tutti i servizi. Al sanatorio è stato annesso un nuovo terreno esteso tredici ettari e mezzo e si è provveduto alla sistemazione di esso. I lavori edilizi sono stati diretti dall'ing. Giovannozzi.

È impressione generale che l'Istituto, diretto dal Mendes, ha raggiunto un alto grado di perfezione.

Lotta antitubercolare in terra d'Otranto.

A cura del Consorzio provinciale antitubercolare di Lecce è imminente la costruzione in Lecce di un dispensario: trattasi di un edifizio a due piani, che sorgerà nelle immediate vicinanze dell'Ospedale Civile, e, almeno pel momento, potrà essere in parte pure destinato ad uso del Laboratorio provinciale d'igiene e profilassi. Si presenterà in armoniose linee architettoniche di un sobrio novecento

La spesa preventivata ammonta a lire 535 mila. È pure decisa la costruzione di un padiglione destinato ad ospitare i lattanti nati da madre tubercolotica, da edificare presso il nuovo brefotrofio provinciale, i cui lavori avranno inizio subito dopo l'approvazione del relativo progetto. Nè trascurata sarà la colonia marina di Leuca, per il cui ampliamento sono allo studio i relativi progetti. Si ha infine notizia della imminente stipulazione dell'atto in forza del quale il Consorzio donerà alla Cassa Nazionale delle Assicurazioni Sociali un vasto appezzamento di terreno ubicato

nelle vicinanze del passaggio a livello di Surbo, per la istituzione di una colonia post-sanatoriale a tipo agricolo.

L'istituto oncologico di Madrid.

Con recente decreto del presidente della Repubblica spagnola, l'Istituto Nazionale del Cancro, che ha sede a Madrid, viene dichiarato statale, alle dipendenze della Direzione generale di Sanità. Questa detterà il regolamento, che stabilirà i fini, l'organizzazione dei lavori e del personale e le norme di funzionamento dell'istituzione. Verranno stipulate convenzioni speciali con la Deputazione della città di Madrid, per il padiglione di oncologia sostenuto da questo ente; e con la giunta esecutiva della Città universitaria, per il riattamento o la ricostruzione del padiglione « Parisiana ».

L'Istituto nazionale del cancro era dovuto ad iniziativa privata ed era sovvenuto da organizzazioni disparate, ciò che impediva di assicurare ad esso continuità di mezzi e di lavoro; ora vengono stanziati i fondi necessari al funzionamento e l'istituzione viene inquadrata nei servizi igienico-sanitari del Paese

La Direzione di sanità è stata anche incaricata di riorganizzare la Lega spagnola contro il cancro.

Crociera in Norvegia.

La direzione delle crociere della « Revue générale des sciences », per aderire alla richiesta di coloro che non hanno potuto trovar posto nello yacht « Prince Olav » per la crociera allo Spitzberg, ha organizzato una crociera supplementare, sulla stessa nave, in Norvegia; partenza da Edimburgo il 14 luglio; ritorno allo stesso porto; prezzo fr. 3180, tutto compreso. Tutte le cabine sono sul mare, spaziose, lussuosamente arredate, ad uno o due letti (senza letti sovrapposti). Per i programmi e per informazioni rivolgersi alla « Presse Médicale Française », rue du Cherche-Midi 23, Paris, Francia.

Aggressione di un medico.

Il dott. Francesco De Tommasi, medico condotto di Noci (Bari), apprezzato professionista, rientrava in paese, di notte, da un giro di visite ad ammalati, quando venne aggredito da tre individui, che gli esplosero contro tre colpi di rivoltella e gli infersero vari colpi d'arma bianca. Portato al pronto soccorso dell'Ospedale universitario di Bari, gli furono riscontrate: ferita d'arma da fuoco con foro d'entrata alla guancia sinistra, frattura della branca orizzontale della mandibola, lussazione dell'ultimo molare sinistro, ferite da punta e taglio al braccio sinistro ed in varie altre parti del corpo È stato dichiarato guaribile in 50 giorni. Al collega esprimiamo il nostro profondo rammarico per la selvaggia aggressione.

Assoluzione di una dottoressa.

La IV Sezione della Corte d'Appello ha confermato la sentenza, già emessa in 1ª istanza dal Tribunale, di assoluzione piena della dott.a Stefania Bauncriter in Pica, imputata di omicidio colposo per avere attuato un trattamento di attesa in un caso di appendicite, il quale venne operato dopo manifestatasi la peritonite.

La sentenza in 1ª istanza era stata impugnata dal Procuratore Generale.

È morto il prof. MAX RUBNER, valente fisiologo e igienista. A Marburgo gli era stata affidata la cattedra d'igiene, da poco istituita; alla morte di Koch, nel 1891, fu chiamato a succedergli nella cattedra d'igiene di Berlino, e vi rimase fino al 1908, quando passò alla cattedra di fisiologia della stessa Università; nel 1922 fu creato emerito. I suoi studi concernono in particolare l'alimentazione e il ricambio energetico.

Indice alfabetico per materie.

C. Frugoni, Red. capo. A. Pozzi, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XXXIX Roma, 13 Giugno 1932 - X Num. 24

"IL POLICLINICO,"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

Ospedale del Littorio in Roma - Reparto 'Flajani,.

Comportamento delle piastrine in seguito ad atti operativi.

Dott. GIOVANNI PICARDI

Il numero delle piastrine, nel sangue circolante, è di circa 250-500.000 per mm. cubo, secondo Helber, Sahli, Kristenson, ecc. Tale cifra però subisce, nelle malattie, certe oscillazioni, che in parte si possono spiegare colla diversa distribuzione delle piastrine nell'organismo. Ad es., in alcuni casi di eclampsia puerperale è stata riscontrata una notevole piastrinopenia, probabilmente perchè in questa malattia le piastrine vengono trattenute abbondantemente nei numerosi trombi, senza che corrispondentemente si rigenerino in quantità adeguata.

In altre malattie esiste però una vera diminuzione delle piastrine; così nelle gravi anemie, in molti casi di porpora, nel granuloma delle ghiandole mesenteriche, nel tifo addominale, ecc.

I pareri dei vari autori sono discordi riguardo la genesi della piastrinopenia, se cioè dipenda da aumento della distruzione o da diminuzione della neoformazione. Kaznelson sostiene la prima ipotesi, basandosi sul fatto che, in questi casi, la milza è colma di piastrine che vi muoiono. Frank sostiene invece che si tratti di un'aplasia del midollo osseo, in cui son compromessi o soltanto i megacariociti o anche il tessuto mieloide od eritroblastico, anzi parla in questi casi, di aleuchia.

Aumento del numero delle piastrine si trova nella clorosi, in cui è duraturo, nella leucemia, nelle anemie postemorragiche.

In alcuni casi l'aumento avviene in modo improvviso a mo' di crisi (crisi di piastrine), come in alcune malattie da infezione, per es., nella polmonite crupale.

La tomba delle piastrine è nella milza, che si ritrova ricolma in caso di perdita delle pia-

strine (Kaznelson); la sua estirpazione ne provoca un aumento (Kaznelson, Frank, Ehremberg, Eppinger, ecc.), tanto nel malato, quanto nel sano; e si ha una delle cosidette crisi di piastrine, perchè dopo un certo tempo ritornano alla norma, giacchè (Minkowski) i reticolo-endoteli degli altri organi assumono la funzione della milza.

La durata delle piastrine è breve; secondo Bizzozzero la loro vita dura solo due giorni.

Dopo l'osservazione di Kaznelson (1916) dell'aumento di piastrine in seguito a splenectomia in malati di porpora emorragica, in cui si osservava anche scomparsa delle emorragie, la letteratura si è arricchita di osservazioni cliniche e sperimentali.

Sono state innanzi tutto confermate pienamente le osservazioni di Kaznelson riguardo l'aumento delle piastrine dopo la splenectomia, nell'uomo (Bachmann, Hultgren, Bedson, ecc.). Successivamente gli sperimentatori hanno studiato lo stesso fatto negli animali ed hanno osservato aumento notevole delle piastrine dopo splenectomia.

Studiando il comportamento delle piastrine anche nei giorni successivi alla splenectomia, eseguita sulla cavia normale, Bedson ha visto che il numero delle piastrine ritorna al normale tre settimane dopo la splenectomia. L'aumento solo temporaneo delle piastrine spiega anche la scomparsa temporanea delle emorragie nelle cavie in cui lo stesso Bedson aveva determinato sperimentalmente porpora emorragica con siero antipiastrinico.

Da alcuni fu attribuita al traumatismo operatorio un'azione stimolatrice tale da fare aumentare il numero delle piastrine.

Tale ipotesi sarebbe stata confermata dalle ricerche di Dawbarn il quale ha osservato un aumento delle piastrine nell'uomo tanto colla splenectomia che con altre operazioni; agli stessi risultati sono giunti Earlan ed Evans. Bachmann ed Hultgren hanno osservato un aumento delle piastrine nel sangue maggiore e di più lunga durata in seguito a splenectomia che non in seguito ad altri interventi chirurgici.

Alcuni sperimentatori hanno studiato l'effetto del trauma e della splenectomia sul numero delle piastrine nel coniglio: la splenectomia non dà aumento delle piastrine maggiore di quello prodotto da altri interventi che richiedono grave traumatismo, dall'entità del quale dipende il grado di aumento delle piastrine. Tali le conclusioni a cui sono arrivati recentemente Steiner e Gunn.

* * *

Mi è parso di un certo interesse studiare le oscillazioni che subisce dopo l'intervento operativo il numero delle piastrine nel sangue circolante in individui sottoposti ai più diversi interventi chirurgici. L'ho fatto col metodo di Sahli, che stabilisce il rapporto fra eritrociti e piastrine.

Ho osservato i seguenti casi:

CASO I. — R. I., a. 33. Retroversione di utero, appendicite cronica. Operata di isteropessi addominale ed appendicectomia 4-XI-1931. Decorso post-operatorio regolare; guarita p. p. R. A. tutocainica positiva.

Il giorno 3-XI-1931 fu fatta la conta delle piastrine. Globuli rossi 4.838.000; piastrine 180.140. Il giorno 6 dello stesso mese: globuli rossi 4.780.000; piastrine 324.700. Glob. rossi 4.800.000; piastrine 197.300, il giorno 13.

CASO II. — S. A., a. 35. Nefroptosi. Operata di nefropessi il giorno 6-XI-1931. R. A. tutocainica positiva.

Glob. rossi 4.664.300; piastrine 243.420, il giorno 5, glob. rossi 4.500.700; piastrine 430.000, il giorno 9; glob. rossi 4.780.000; piastrine 261.000, il giorno 13.

CASO III. — T. M., a. 22. Appendicite. Operata il 7-XI-1931 di appendicectomia. Decorso post-operatorio regolare; guarita p. p. R. A. tutocainica positiva.

Glob. rossi 4.480.000; piastrine 220.000, il 6-XI-1931; glob. rossi 4.420.000; piastrine 380.000, il 10-XI-1931.

CASO IV. — C. S., a. 55. Ernia inguinale D. Operato il giorno 11-XI-1931. Operazione radicale di ernia secondo Bassini. Decorso post-operatorio regolare; guarito p. p.

Glob. rossi 5.020.000; piastrine 300.000, il 10-XI; glob. rossi 4.870.000; piastrine 480.000, il 13-XI; glob. rossi 4.960.000; piastrine 340.000, il 25-XI.

CASO V. — R. A., a. 17. Esiti di poliomielite. Operata il 13-XI-1931 di artrodesi mediotarsica e sottoastragalica. Decorso post-operatorio regolare. Eterenarcosi regolare.

Glob. rossi 4.980.000; glob. bianchi 6.400; piastrine 244.436, il 12-XI-1931; glob. rossi 4.850.000; glob. bianchi 6.200; piastrine 460.833, il 17-XI; glob. rossi 489.000; glob. bianchi 7.200; piastrine 293.400 il 27-XI.

CASO VI. — L. G., a. 25. Ulcera duodenale. Operato il 23-XI-1931 di resezione gastrica secondo von Hacker Polya. Decorso post-operatorio regolare; guarito p. p. Rachianestesia tutocainica positiva.

Glob. rossi 5.000.000; glob. bianchi 6.080; piastrine 260.430 il 22-XI; glob. rossi 4.960.000; glob. bianchi 6.000; piastrine 420.000 il 25-XI; glob. rossi 4.800.000; glob. bianchi 6.800; piastrine 270.000 il 10-XII; glob. rossi 5.200.000; glob. bianchi 7.100; piastrine 258.740 il 15-XII.

CASO VII. — D. A., a. 21. Frattura trasversa III medio femore S. Operato il 23-XI-1931 di osteo-

sintesi. Decorso postoperatorio regolare. Rachianestesia tutocainica positiva.

Glob. rossi 4.280.000; glob. bianchi 7.680; piastrine 370.200 il 22-XI; glob. rossi 4.300.000; glob bianchi 7.980; piastrine 422.400 il 25-XI; glob. rossi 4.600.000; glob. bianchi 8.040; piastrine 375.732 il 10-XII; glob. rossi 4.750.000; glob. bianchi 7.860; piastrine 312.728 il 15-XII.

CASO VIII. — F. L., a. 33. Ulcera duodenale. Operata il 25-XI-1931 di resezione gastrica e gastrodigiunostomia secondo von Hacker Polya. Decorso post-operatorio regolare; guarita p. p. Rachianestesia tutocainica positiva.

Glob. rossi 4.380.000; glob. bianchi 7.350; piastrine 320.040 il 24-XI; glob. rossi 4.200.000; glob bianchi 9.000; piastrine 528.000 il 28-XI; glob. rossi 4.290.000; glob. bianchi 8.270; piastrine 337.240 il 2-XII.

CASO IX. — G. L., a. 29. Fistola vescico-uterina. Operata il 27-XI-1931 di isterectomia preparatoria per cervicocleisi. Rachianestesia tutocainica positiva. Decorso postoperatorio regolare.

Glob. rossi 4.860.000; glob. bianchi 5.800; piastrine 246.728 il 26-XI; glob. rossi 4.750.000; glob. bianchi 6.200; piastrine 380.740 il 30-XI.

CASO X. — C. P., a. 31. Colecistite ed appendicite cronica. Operato il 27-XI-1931 di colecistectomia ed appendicectomia. Decorso post-operatorio regolare. Rachianestesia tutocainica positiva.

Glob. rossi 5.300.000; glob. bianchi 6.400; piastrine 276.804 il 27-XI; glob. rossi 5.220.000; glob. bianchi 7.000; piastrine 401.094 il 30-XI.

CASO XI. — M. F., a. 27. Calcolosi della cistifellea. Operata il 4-XII-1931 di colecistectomia ed appendicectomia. Decorso postoperatorio regolare. Rachianestesia tutocainica positiva.

Glob. rossi 5.700.000; glob. bianchi 9.200; piastrine 170.170 il 3-XII; glob. rossi 5.390.000; glob. bianchi 9.000; piastrine 238.814 il 6-XII; glob. rossi 5.500.000; glob. bianchi 9.304; piastrine 190.140 il 18-XII.

CASO XII. — Z. A., a. 21. Tumore misto della parotide D. Operata il 4-XII-1931. Asportazione del tumore. Decorso postoperatorio regolare. Anestesia locale novocainica positiva.

Glob. rossi 5.200.000; glob. bianchi 6.000; piastrine 200.000 il 3-XII; glob. rossi 4.820.000; glob. bianchi 8.200 piastrine 367.094 il 6-XII; glob. rossi 5.000.000; piastrine 210.000 il 15-XII.

CASO XIII. — B. M., a. 69. Cisti ovarica. Operata il 4-XII-1931. Asportazione di cisti ovarica, appendicectomia. Decorso post-operatorio regolare. Eteronarcosi regolare.

Glob. rossi 5.320.000; glob. bianchi 5.200; piastrine 243.320 il 3-XII; glob. rossi 5.550.000; glob. bianchi 8.000; piastrine 320.200 il 6-XII; glob. rossi 5.280.000; glob. bianchi 7.850; piastrine 238.420 il 20-XII.

CASO XIV. — B. E., a. 11. Osteomielite cronica femore S. Operata il 7-XII-1931 di sequestrotomia. Eteronarcosi regolare.

Glob. rossi 5.100.000; glob. bianchi 7.200; piastrine 320.142 il 6-XII; glob. rossi 5.000.000; glob. bianchi 7.900; piastrine 512.170 il 9-XII; glob. rossi 5.200.000; glob. bianchi 9.000; piastrine 330.420 il 15-XII; glob. rossi 5.130.000; glob. bianchi 8.200; piastrine 300.780 il 20-XII.

CASO XV. — R. A., a. 27. Ulcera duodenale. Operato il 12-XII-1931. Resezione gastrica sec. Holya. Eteronarcosi regolare. Decorso post-operatorio regolare.

Glob. rossi 5.250.000; glob. bianchi 6.980; piastrine 314.178 l'11-XII; glob. rossi 5.180.000; glob. bianchi 7.000; piastrine 420.000 il 14-XII; glob. rossi 5.200.000; piastrine 400.300 il 21-XII.

CASO XVI. — F. M., a. 40. Appendicite cronica. Operata il 9-XII-1931 di appendicectomia. Rachianestesia tutocainica positiva. Decorso postoperatorio regolare.

Glob. rossi 4.400.200; glob. bianchi 6.340; piastrine 238.460 l'8-XII; glob. rossi 4.300.000; glob. bianchi 6.500; piastrine 320.160 il 12-XII; glob. rossi 4.360.000; piastrine 250.000 il 22-XII.

In sedici casi ho eseguito la conta delle piastrine nel sangue il giorno precedente o quello stesso dell'atto operativo, ma prima di esso, come pure alcuni giorni dopo e anche a distanza di circa tre settimane dall'atto operativo.

Come si vede ho eseguito le ricerche in individui candidati ad operazioni molto diverse tra di loro, alcune delle quali comportavano un grave trauma, mentre altre erano addirittura lievi dal punto di vista traumatico; le operazioni interessavano vari organi (utero, reni, ossa, stomaco, colecisti, ecc.).

Dalle ricerche suddette risulta innanzi tutto che la conta delle piastrine eseguita col metodo di Sahli, prima dell'operazione, in vari individui, di età diversa ed affetti da malattie diverse, ha dato cifre che oscillano entro limiti relativamente ristretti; questo è comprensibile trattandosi di individui che non avevano malattie dell'apparato emopoietico.

Inoltre la conta eseguita a qualche giorno di distanza dall'operazione ha dato una cifra delle piastrine superiore a quella avuta prima; tale fatto è risultato costante in tutti i casi presi in esame. Spesso il numero delle piastrine corrispondeva al doppio di quella iniziale.

Altro fatto da rilevare, e già accennato, è che in questi casi si trattava di operazioni molto diverse tra loro, quindi l'aumento delle piastrine è stato, in certo modo, indipendente dall'entità del trauma; solo in alcuni casi di interventi portati sulle ossa pare che l'aumento di numero delle piastrine sia stato più accentuato. L'aumento sembra minore negli individui di età avanzata.

L'aumento delle piastrine è temporaneo; infatti dopo 8-21 giorni la cifra si avvicina a

quella iniziale, tanto che in qualche caso, data la breve durata della piastrinosi, si può parlare di una crisi di piastrine.

I globuli bianchi subiscono generalmente un aumento nei giorni successivi all'intervento; tale aumento è indipendente dal genere di anestesia adoperato.

Conclusioni.

L'aumento costante del numero delle piastrine nel sangue circolante dopo interventi operativi di qualsiasi entità, su qualsiasi organo e con qualunque anestesia, è un fatto di un interesse notevole non solo come semplice constatazione di un dato ematologico, ma anche per la sua genesi che appare di difficile interpretazione.

Poichè questo aumento di piastrine si verifica anche dopo la splenectomia (anzi, appunto per la splenectomia fu osservata la piastrinosi post-operatoria) si deve senz'altro escludere che si tratti di piastrine raccolte nella milza ed immesse nel circolo per uno stimolo dovuto al trauma operatorio o alle sostanze anestetiche adoperate nei vari interventi. La milza non deve avere una grande importanza nel determinismo di questa piastrinosi post-operatoria. Allora come si può spiegare? Quali sono gli organi che ne sono responsabili?

Secondo le nozioni generalmente accettate dovrebbero essere responsabili gli elementi reticolo endoteliali dei vari organi, milza compresa, quando non si tratta di splenectomia, milza esclusa quando si è fatta la splenectomia.

Il problema merita di essere studiato più a fondo.

Passando dal campo della pura patologia a quello della clinica, è lecito domandarsi che importanza abbia la piastrinosi post-operatoria, se cioè possa interpretarsi come una reazione dell'apparato emopoietico a cui si debba dare un significato prognostico fausto, oppure si tratti di una manifestazione non legata a processi difensivi. E più precisamente: hanno piastrinosi post-operatorie anche malati che soccombono dopo l'intervento o che dopo questo hanno complicazioni gravi? Indagine questa che mi propongo di fare.

L'aumento maggiore o minore del numero delle piastrine dopo l'intervento ha importanza nel determinismo di fenomeni di trombosi e tromboflebiti?

A questo proposito dirò che Grégoire ha constatato che nei casi di flebite confermata o d'embolia post-operatoria, qualunque sia la operazione subìta, il numero delle piastrine è aumentato, variando da 430.000 a 800.000; in alcuni malati che presentavano prima dell'operazione un numero di piastrine superiore alla norma si verificò tromboflebite post-operatoria e che operati nei quali le condizioni generali facevano temere la possibilità di una flebite post-operatoria e in cui la cifra delle piastrine era normale, guariscono senza incidenti. Picot dà importanza alle coagulabilità del sangue nel determinismo delle flebiti post-operatorie.

Intanto posso dire, a conclusione di quanto ho osservato, che:

1) nei giorni immediatamente successivi ad un intervento operativo c'è sempre un aumento del numero delle piastrine del sangue circolante;

2) quest'aumento è transitorio;

3) esso è pure indipendente dall'entità del trauma e dal tipo di anestesia adoperato;

4) è invece dipendente relativamente dall'organo su cui si è intervenuti; gli interventi sulle ossa danno piastrinosi più spiccate.

RIASSUNTO.

Il lavoro dimostra aumento costante delle piastrine nel sangue degli individui sottoposti a qualsiasi atto operativo. Tale aumento è temporaneo.

BIBLIOGRAFIA.

L. ASCHOFF. *Anat. Patologica.* Unione Tipogr.-Ed. Torinese, 1930.

P. MORAWITZ. *Tratt. di Medic. Interna* L. MOHR-R. STAEHELIN, vol. IV. Soc. Editr. Libraria, Milano, 1929.

A. LUSTIG-G. GALEOTTI. *Tratt. Pat. Generale*, volume II. Soc. Editr. Libr., Milano, 1924.

BACHMANN E. L. and HULTGREN C. Compt. rend Soc. de Biol., 94, 942, 1926.

DAWBARN R. V., EARLAM F. and EVANS W. H. J. Path. e Bact., 31, 833, oct. 1928. Citato in The Journal of the American Medical Association, sept. 1931.

BEDSON S. P. Brit. J. Exper. Path., 7, 317, oct. 1926. Cit. The Journ. of Amer. Med. Assoc., sept. 1931.

STEINER P. E. and GUNN F. D. Proc. Soc. Exper. Biol. e Med., 28, 1088, 1931. Cit. J. Amer. med. Assoc., sept .1931.

GRÉGOIRE R. *Note sur le rôle des hématoblastes dans la thrombophlébite post-opératoire.* Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir., 6 dicembre 1930, t. LVI, n. 31, p. 1339-1341. Cit. in Le sang, Biol. e Path., n. 6, 1931, pag. 723, Ed. G. Doin e C.ie, Paris.

PICOT G. *Du rôle de la coagulation sanguine dans la pathogénie des phlébites et des embolies postoperatoires.* Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chir., 28 février 1931, t. LVII, n. 7, p. 281-288. Cit. in Le sang, Biol. e Path., n. 6, 1931, pag. 723. Ed. G. Doin e C.ie, Paris.

NOTE E CONTRIBUTI.

ISTITUTO D'ANATOMIA PATOLOGICA
DEGLI OSPEDALI RIUNITI DI ROMA.

La recidiva primaverile dell'infezione malarica primitiva contratta nella stagione estivo-autunnale

per il prof. dott. ALESSIO NAZARI, med. prim. e Prosettore nell'Osp. di S. Spirito in Sassia.

Nel 1912, verso la fine d'agosto, contraevo personalmente un'infezione malarica da *plasmodium praecox*, che, dopo tre accessi, guarì completamente senza recidive in seguito a un'opportuna cura di chinina (circa 50 gr. di cloridrato di chinina, i 2 primi gr. per iniezioni endomuscolari, gli altri *per os* nello spazio di un mese). Nove mesi dopo, ai primi di giugno, fui colpito improvvisamente da brivido seguito da febbre, e l'esame del sangue dimostrò la presenza del *plasmodium vivax*. Pochi grammi di chinina (circa 15 gr. di cloridrato *per os*) fecero rapidamente guarire questa recidiva, che non aveva dato che un paio di accessi febbrili a tipo terzanario. Da allora fino ad oggi, accanto ai casi nei quali l'infezione, attraverso a recidive a breve intervallo, probabilmente per insufficiente cura chininica, si continuava dalla stagione estivo-autunnale, nella quale era stata contratta, fino alla successiva stagione epidemica primaverile, ho avuto occasione di osservare gli stessi fatti notati nel mio caso in varie diecine di casi, di osservazione indubbia, nei quali l'infezione malarica primitiva da *plasmodium praecox* o da *plasmodium vivax* o da entrambi, contratta nella stagione estivo-autunnale e curata colla chinina, senza aver dato luogo ad alcuna recidiva, era recidivata soltanto nella successiva stagione epidemica primaverile, dopo nove mesi di latenza completa così clinica che parassitologica, sia collo stesso reperto parassitario dell'infezione primitiva, sia con reperto di *plasmodium vivax* in casi di infezione da *plasmodium praecox* o mista.

Non ho affatto la pretesa di enunciare fatti nuovi. Nel capitolo sull'infezione malarica cronica del classico manuale « L'infezione malarica » di Marchiafava e Bignami del 1931, l'argomento delle recidive a brevi e a lunghi intervalli è esaurientemente trattato, e in una nota è anche ricordato come esempio di lunga latenza della infezione malarica il caso di Manson figlio, il quale nel mese di settembre 1900 soffrì d'infezione malarica terzanaria benigna procuratasi colla puntura di zanzare nutrite in Roma col sangue di un terzanario, guarita presto colla chinina, e che ebbe una recidiva nel giugno 1901, quindi nove mesi dopo l'avvenuta infezione primitiva. Sono stato indotto a richiamare l'attenzione sui fatti ricordati perchè ritengo che la recidiva primaverile non sia una semplice recidiva accidentale a lungo intervallo, ma abbia veramente il valore di una legge biologica riguardo al parassita malarico, il quale, dopo la guarigione clinica dell'infezione colla chinina, ha la capacità di rimanere clinicamente e parassitologicamente latente per un periodo di nove mesi a decorrere dall'avvenuta infezione nella stagione estivo-autunnale e di recidivare in ogni caso precisamente nella successiva stagione primaverile. In quale forma e in quale sede il parassita si trovi durante questo lungo periodo di latenza è difficile a determinare.

Riguardo al risveglio primaverile dell'infezione è probabile che questo sia determinato dall'influenza sull'ospite e sul parassita delle speciali condizioni climatiche della primavera, e si può anche pensare teleologicamente ad un meccanismo di difesa del parassita per la conservazione della sua specie. È inutile rilevare l'importanza di questa costante recidiva primaverile a lungo intervallo per la spiegazione dell'insorgenza dell'epidemia malarica primaverile, recidiva che, ripeto, deve avere il significato di una legge biologica, il che finora non era stato mai nettamente affermato.

RIASSUNTO.

L'A. attribuisce alla costante recidiva primaverile dell'infezione malarica contratta nella stagione estivo-autunnale il significato di una legge biologica riguardo al parassita malarico.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE « MAURIZIO BUFALINI » - CESENA
SEZIONE MEDICA
diretta dal Prof. EMANUELE MONDOLFO.

Contributo alla conoscenza delle coliti da "Balantidium coli„

per il dott. AGOSTINO MORETTI, assistente.

Lo studio delle coliti, appena abbozzato nei trattati classici è stato precisato e completato in questi ultimi anni in seguito ai progressi dell'indagine clinica e chirurgica.

Confuse per molto tempo con le enteriti in genere, le coliti appaiono oggi come affezioni nettamente individualizzate, rivestenti un aspetto clinico vario e occupanti un posto importante nella patologia intestinale.

In primo tempo la denominazione di colite veniva applicata genericamente a tutte le infiammazioni del grosso intestino; oggi però prevale l'uso di includere sotto questa denominazione solo le coliti di origine primitiva, mentre le altre coliti, specifiche o secondarie, vengono descritte con l'infezione generale o locale che ne è la causa. Tra queste ultime cito solo le più comuni, come quelle dipendenti da intossicazione (alimentare, uremica, come pure quelle di origine anafilattica) da infezione (scarlattina, tifo, tubercolosi, erisipela, endocardite, reumatismo, angina, febbre puerperale, malaria, difterite, polmonite). Appartengono ancora a questa categoria alcune forme dovute a cause locali, cioè ad affezioni dell'intestino e dell'addome (megacolon, pericolite, invaginazione intestinale, ecc.).

Le coliti vere o primitive sono invece — secondo le moderne vedute — quelle sostenute dai parassiti intestinali in genere. Il capitolo che si riferisce a questa parte della patologia è ancor oggi molto controverso. Dei numerosi parassiti intestinali solo a pochi in passato venivano attribuite qualità patogene. Attualmente la flora intestinale patogena si è arricchita di nuovi esemplari. A parte il riconoscimento ormai indiscusso dell'azione patogena dell'ameba istolitica, pare che ciò si debba dire anche per l'ameba coli e la nana e per alcuni flagellati, sebbene su ciò — come dicevo — rimangano dubbi. Un protozoo di cui ormai da tutti viene riconosciuta la patogenicità anche per l'uomo è il Balantidium Coli. Un caso di colite da questo raro parassita dell'intestino umano è stato recentemente osservato in questo ospedale. Data la rarità di questa affezione, credo utile segnalare il caso unendovi alcuni cenni riassuntivi delle nostre conoscenze sull'argomento.

Ecco in breve la storia del malato:

F. Pompeo, di anni 61, da Gattolino (Cesena). Entra in ospedale il 19 novembre 1930.

L'anamnesi famigliare e personale remota non offre dati degni di particolare menzione. A 23 anni ammalò di polmonite; nega lue e malattie veneree. La moglie però, che è ancora vivente, ebbe le due prime gravidanze abortive. Un'unica figlia vivente gode attualmente buona salute.

I disturbi pei quali il paziente è stato inviato a questo ospedale sono insorti da circa un mese sotto forma di dolori addominali, frequenti scariche alvine muco-purulente (10-12 al giorno) intenso tenesmo rettale e progressiva perdita delle forze. Racconta il malato che qualche giorno prima dell'insorgenza di questi disturbi, aveva ingerito una certa quantità di carne di maiale cruda (prosciutto); a tale fatto egli stesso attribuisce un valore di causa nel determinismo della malattia attuale.

All'esame obbiettivo l'a. appare in condizioni generali molto scadenti: scarsissimo pannicolo adiposo, masse muscolari ipotrofiche; la cute è uniformemente arida e finemente desquamante.

Negativo l'esame dell'apparecchio circolatorio e respiratorio se si toglie un secondo tono aortico accentuato e metallico.

L'addome è lievemente globoso, meteorico; la cute sottile e sollevabile in ampie pieghe. Suono percussorio timpanico su tutto l'ambito addominale; non segni di versamento libero. La palpazione risveglia nei quadranti inferiori una lieve dolenzia; gli organi ipocondriaci sono nelle sedi e nei limiti fisiologici. L'alvo è diarroico con feci contenenti un po' di muco e sangue. Diuresi normale, sensorio integro.

Si pratica subito un esame di feci appena emesse e si riscontrano numerosissime, tipiche forme di Balantidium Coli. Un esame di sangue dimostra 2.230.000 globuli rossi, 8.900 globuli bianchi; emoglobina 60, valore globulare 0,70.

Formula leucocitaria: polinucleati neutrofili 65 %; monociti e forme di passaggio 10 %; linfociti 20 %; eosinofili 5 %.

Reazione di W. positiva (++).

Si inizia subito la cura a base di cloridrato di emetina per via ipodermica alla dose di 4 centigr. al giorno. Già al terzo giorno di degenza scompaiono i dolori addominali, la diarrea e il tenesmo rettale: le feci divengono di aspetto normale, formate. La ricerca in esse del parassita diviene negativa e tale si mantiene negli esami successivi, durante tutta la degenza. La cura viene sospesa in decima giornata: le condizioni del malato sono molto migliorate. La stessa crasi sanguigna ha subìto notevoli modificazioni. Un nuovo esame cromocitometrico del sangue praticato dopo un mese di degenza dà i seguenti risultati: globuli rossi 4.650.000; globuli bianchi 9000; emoglobina 0,60.

Formula leucocitaria: polinucleati neutrofili 46 %: monociti e forme di passaggio 15 %; linfociti 34 %; eosinofili 5 %.

Il 6 gennaio il m. lascia l'ospedale clinicamente guarito. Rivisto in seguito, alla distanza di circa un anno, egli appare in condizioni generali discrete. Può attendere al suo abituale lavoro di

muratore; raramente avverte leggera dolenzia ai quadranti inferiori dell'addome. L'alvo si mantiene normale; non tenesmo, nè dolore durante la defecazione. Le feci sono formate e di aspetto normale. L'esame su di esse praticato è stato negativo per la ricerca del Balantidium coli e di ogni altro parassita intestinale.

Il Balantidium coli è un grosso protozoo (70-100 μ) piriforme, appartenente al gruppo dei cigliati. Le ciglia sono disposte su tutta la superficie su linee longitudinali. Il suo movimento è rotatorio: ciò che appare evidente osservando il parassita a fresco. Si nota allora che l'opercolo cefalico o peristoma si sposta lateralmente fino a scomparire; dopo un tempuscolo riappare dal lato opposto e di nuovo si sposta in senso laterale. Le ciglia con cui il B. si muove, sono ben visibili nel momento in cui s'inizia lo spostamento rotatorio; scompaiono in seguito alla visione diretta per ricomparire nel momento in cui il parassita cessa di muoversi. Ciò è dovuto evidentemente alla loro velocità di spostamento; le ciglia che circondano il peristoma hanno movimenti particolari, indipendenti da quelli delle ciglia distribuite lungo la superficie. Non è ancora dimostrato in modo indubbio come avvenga l'infezione nell'uomo. Il B. è ospite frequente quanto innocuo dell'intestino del maiale; ha la possibilità di secernere una cuticola e di arrotondarsi trasformandosi in cisti; queste pervengono nell'intestino umano insieme alla carne del maiale o ad altri alimenti imbrattati dalle feci di questo (frutta, verdura, legumi). Nel nostro caso parrebbe accertato un simile modo d'infezione: l'A. stesso attribuisce i suoi disturbi all'ingestione di prosciutto. Resterebbe da dimostrare come mai gli altri membri della stessa famiglia non siano ammalati della stessa forma morbosa. Ciò si può spiegare ammettendo, come da molti si ritiene, che il parassita non sia sempre patogeno per l'uomo, ma lo diventi solo in determinate circostanze e per determinati soggetti. Ricordiamo ancora qui che il nostro malato era anche un luetico. Una discussione sugli eventuali rapporti tra la lue e la successiva infezione da B. ci porterebbe troppo lontano. Senza specificare, e ci mancano gli elementi per poterlo fare, possiamo ammettere che la lue abbia determinato nel nostro malato uno stato di minor resistenza generale o locale (intestinale) verso il parassita. Non è improbabile che su precedenti lesioni del grosso intestino (ulceri luetiche del colon) si sia impiantato il parassita aumentando la sua virulenza e determinando la classica sintomatologia da colite.

Come è ormai noto, il Balantidium coli ha una diffusione cosmopolita. I casi descritti in tutto il mondo fino al 1924, secondo Dopter, sono 232, di cui 143 appartengono all'Europa. La prima descrizione del parassita si deve a Malmsten che nel 1856 lo riscontrò in feci umane diarroiche. Pare però che ancor prima il Leewenhoek l'avesse osservato nelle sue stesse feci. Più tardi Leuckart stabilì che il B. è ospite del maiale; ulteriori notizie fino al 1880 riguardano, come i casi citati, solo la Danimarca (Stoccolma, Upsala, Dorpart). Da questa epoca altri casi, sempre isolati, vengono descritti in varie regioni, specialmente in Russia e in Finlandia. In Italia un primo caso fu descritto da Graziadei (1880), poi alcuni altri da Perroncito (1882), Casagrandi e Barbagallo (1896), Grassi, Lorenzani (1918), Alessandrini e Piattelli (1926); recentissimo è quello del Vanni (1931). In tutto sei casi; la presente osservazione è quindi la settima in Italia.

La sintomatologia dell'infezione da Balantidium è quella, in genere, di una comune colite. L'alvo è diarroico, con feci contenenti muco e talora sangue. Nei casi a decorso acuto le scariche si accompagnano a tenesmo; il deperimento è rapido e può giungere a gradi estremi. È stata descritta anche una sintomatologia di pseudo-appendicite o di semplice diarrea a seconda della localizzazione del parassita. Per alcuni autori l'infezione può decorrere senza sintomi rilevabili clinicamente; per altri vi sarebbero anche dei semplici portatori. Come tutti i parassiti dell'intestino anche il B. determina eosinofilia. Questa non è però di solito di grado elevato e può in qualche caso mancare. Nel nostro malato fu riscontrata all'ingresso una eosinofilia del 5 % che si mantenne anche dopo avvenuta la guarigione clinica. La febbre non è costante e può mancare anche nei casi a decorso acuto. Nel caso di nostra osservazione solo due volte fu notata una temperatura di 37°,2.

La diagnosi è stabilita dal riscontro del parassita nelle feci esaminate a fresco. La sua forma, le dimensioni non comuni, il tipico movimento rotatorio non lasciano adito al dubbio. I vari metodi di colorazione descritti nei trattati possono peraltro dimostrare più chiaramente la struttura del parassita. Appare così evidente la presenza del grosso nucleo reniforme situato nella metà posteriore, come quella delle varie inclusioni costituite da batteri, grasso, granuli di amido, detriti cellulari in genere, globuli rossi, ecc.

Cito tra i coloranti più adatti l'ematossilina, il picro-carminio, il rosso neutro. Una colorazione rapida si ottiene lasciando cadere una goccia di tintura d'iodio sul preparato allestito come per l'esame a fresco. Il parassita acquista allora una colorazione gialla e trasparente alla periferia, più densa e opaca al centro. Si può assistere alla sua graduale colorazione lasciando filtrare la tintura d'iodio nell'interstizio tra il porta e il copri-oggetto. Si nota allora nello stesso tempo un progressivo rallentarsi del movimento rotatorio, fino alla immobilità; le piccole correnti impresse dalle ciglia al liquido circostante si attenuano, come pure si attenua il vortice che ad intervalli si diparte dal peristoma; le ciglia di quest'ultimo sono le ultime a cedere all'azione della sostanza colorante.

Sul potere patogeno del parassita non vi è ormai alcun dubbio. Le lesioni anatomo-patologiche da esso prodotte sul grosso intestino ove di solito si localizza, sono state minutamente descritte e riprodotte con l'inoculazione sperimentale in animali recettivi. Una descrizione particolareggiata di esse si trova nell'accurato lavoro di Alessandrini e Piattelli e in quello recentissimo di Penso.

Riassumo brevemente:

I parassiti invadono la mucosa a tutto spessore localizzandosi di preferenza nelle ghiandole di Lieberkün; dal lume di queste possono migrare, e, attraversando la parete stessa della ghiandola, giungere fino alla sotto-sierosa. La loro presenza determina una reazione infiammatoria caratterizzata da dilatazione vasale e infiltrazione leucocitaria e linfocitaria. Se sono in numero cospicuo, la zona invasa può cadere in colliquazione e in disfacimento. Si determinano così dei veri focolai purulenti di tessuto necrotico in cui abbondano i parassiti in via di degenerazione, con vacuoli e a contorni indistinti. Le ulcerazioni che ne derivano sono in genere irregolari e a margini rialzati. È dubbio che si possa avere ulcerazione della sierosa con conseguente peritonite da perforazione.

Come si vede le lesioni anatomo-patologiche prodotte dal Balantidium sono identiche a quelle prodotte dalle amebe. Non sono state però chiaramente dimostrate per questo parassita le complicazioni caratteristiche delle forme amebiche, quali metastasi epatiche e di altri organi.

Per la cura dell'affezione in parola autori meno recenti consigliano le irrigazioni intestinali con acido tannico.

Parimenti è stato osservato che varie altre sostanze esercitano un'azione tossica sul parassita, tra queste il permanganato potassico, lo acido acetico, lo iodio, l'olio di chenopodio. Prowazek usò con ottimo risultato il chinino sia per clistere, sia per via orale. Viene pure consigliato il timolo, anch'esso per clistere: nel caso descritto da Vanni si ottenne con questo medicamento una rapida guarigione, con assenza assoluta dei fenomeni di intolleranza proprii di questa sostanza usata per via orale.

Autori più recenti hanno sperimentato con successo l'emetina di cui è ben noto l'alto potere curativo nelle forme amebiche. Ambedue queste affezioni, colite di Balantidium e colite amebica, come hanno evidenti analogie di comportamento clinico e anatomo-patologico egualmente si sono dimostrate efficacemente influenzabili dalla somministrazione della stessa sostanza. Come l'emetina, dà risultati indiscussi l'ipecacuana. Da questo medicamento Brenner, in quattro casi di sua osservazione, ha ottenuto splendidi risultati.

Nel nostro malato — come ho riferito — abbiamo usato l'emetina nella dose di centigrammi 4 al giorno con ottimo risultato.

Il caso che abbiamo descritto ci sembra di notevole interesse sia per la rarità delle osservazioni di questo genere, sia ancora perchè ci dimostra quale importanza possa avere un esame microscopico delle feci in tutti i casi di affezioni intestinali acute o croniche. Non si può negare infatti che l'alto potere patogeno del Balantidium coli e la sua diffusione cosmopolita contrastano con la scarsezza delle osservazioni registrate dalla letteratura. In realtà forse l'affezione è molto più frequente, ma passa inosservata in mancanza di un esame delle feci. Occorre ancora ricordare che talvolta la balantidiosi può decorrere con sintomatologia diversa da quella di una comune colite. Cito per tutti il caso di Vanni in cui mancavano completamente fenomeni dissenterici e dove soltanto il riscontro di una eosinofilia indusse il sospetto di una forma intestinale che all'esame delle feci risultò dovuta a Balantidium. E ciò può dirsi egualmente per diversi altri parassiti intestinali, quali la Giardia e il Chilomastix ai quali con notevole frequenza dev'essere attribuita l'origine di forme dissenteriche associate o no a fenomeni generali di intossicazione, quali cefalea, vertigini, ecc.

Il capitolo della patologia intestinale — come accennavo al principio del presente lavoro — ha subito negli ultimi anni profonde

modificazioni. Ciò è merito indubbio della osservazione diretta, della ricerca degli agenti etiologici, dello studio delle lesioni anatomopatologiche. Il campo è senza dubbio assai vasto e non possiamo prevedere a quali ulteriori conoscenze ci porterà in avvenire: a noi basta aver indicato modestamente e da un punto di vista eminentemente pratico, l'importanza di un esame di laboratorio che in virtù di una tecnica semplicissima può portarci ad un esatto concetto diagnostico non altrimenti realizzabile.

RIASSUNTO.

L'A. riporta un caso di colite da « Balantidium coli », osservato nell'ospedale « M. Bufalini » di Cesena. Tratta della sintomatologia clinica di questa affezione, della morfologia del parassita e delle lesioni anatomo-patologiche da esso prodotte. Il caso descritto (il settimo in Italia) è di notevole interesse — secondo l'A. — sia per la rarità delle osservazioni di questo genere, sia perchè dimostra quale importanza può avere agli effetti di un esatto concetto diagnostico l'esame microscopico delle feci nelle lesioni del grosso intestino.

BIBLIOGRAFIA.

1. ALESSANDRINI e PIATTELLI. *Contributo alla conoscenza della dissenteria da B. C.* Policlinico, Sez. prat., n. 14, 1926.
2. DOPTER. *La Balantidiase.* Annals de Médecine, tome XVI, n. 4, 1924.
3. EICHORST. *Trattato di Patologia e Terapia.* Ed. Vallardi, 1888.
4. MAYER-FRANCHINI. *Malattie esotiche.* U. T. E. T., 1926.
5. PENSO. *Sulla patogenicità del B. c.* Policlinico, Sez. prat., n. 8, 1931.
6. VANNI. *Contributo alla conoscenza della balantidiosi umana.* Riforma Medica, n. 4, 1931.

APPARECCHI E STRUMENTI NUOVI.

Ago da puntura esplorativa perforatore del cranio.

Dott. GUIDO EGIDI, Chirurgo Primario dell'Ospedale di S. Spirito in Roma.

Una piccola punta di trapano messa in azione da un motore elettrico fora facilmente il cranio ed i suoi tegumenti; un ago introdotto nel foro fatto dal trapano penetra nell'interno del cranio e serve tanto ad aspirarne il contenuto come a farvi iniezioni.

L'anestesia locale basta a rendere indolore il piccolo atto. Esso sarebbe veramente molto semplice se qualche volta non si incontrasse difficoltà a sostituire l'ago alla punta di trapano. Estrtta la punta del trapano, se le parti molli siano spesse, il foro cutaneo può subire spostamenti rispetto al foro osseo; oppure l'ago può seguire una direzione alquanto diversa da quella che aveva la punta del trapano. Allora l'ago introdotto nel foro cutaneo, non incontra più il foro osseo. Qualche volta, dopo ripetuti tentativi, occorre ripetere la perforazione e qualche altra volta si è costretti ad incidere le parti molli.

Numerosi artifici sono stati ideati per facilitare la ricerca del foro osseo attraverso il foro cutaneo: essi consistono nell'immobilizzare le parti molli contro lo scheletro con bende o con apparecchi (Neisser, Borchardt). Oppure nell'introdurre attraverso il foro cutaneo una guida che, seguendo la punta di trapano, giunge fino al foro osseo; estrarre poi la punta di trapano e ritrovare il foro osseo seguendo la guida (Unger, Payr, Goetze).

A me è sembrato che ogni difficoltà sarebbe scomparsa usando come punta di trapano lo stesso ago da puntura esplorativa.

La differenza tra la resistenza del materiale osseo e quella del metallo che compone i comuni aghi mi facevano supporre che un comune ago, innestato sull'asse di un motore e ruotato velocemente, sarebbe stato capace di forare un osso, purchè avesse avuto una punta analoga a quella dei trapani. Ne ho fatto la prova ed ho trovato che le mie supposizioni erano giuste.

L'ago però non poteva più servire ad aspirare, perchè la segatura ossea ne ostruiva il lume.

Allora vi ho introdotto un mandrino e mi sono servito del manico del mandrino per congiungere il padiglione dell'ago all'asse del motore.

In tal modo l'ago penetra egualmente bene

nel cranio; una volta penetrato si toglie il mandrino e si mette al suo posto una comune siringa.

La preparazione e l'uso di tali aghi è tanto più facile quanto più gli aghi siano grossi e corti, ma riesce anche quando siano lunghi e

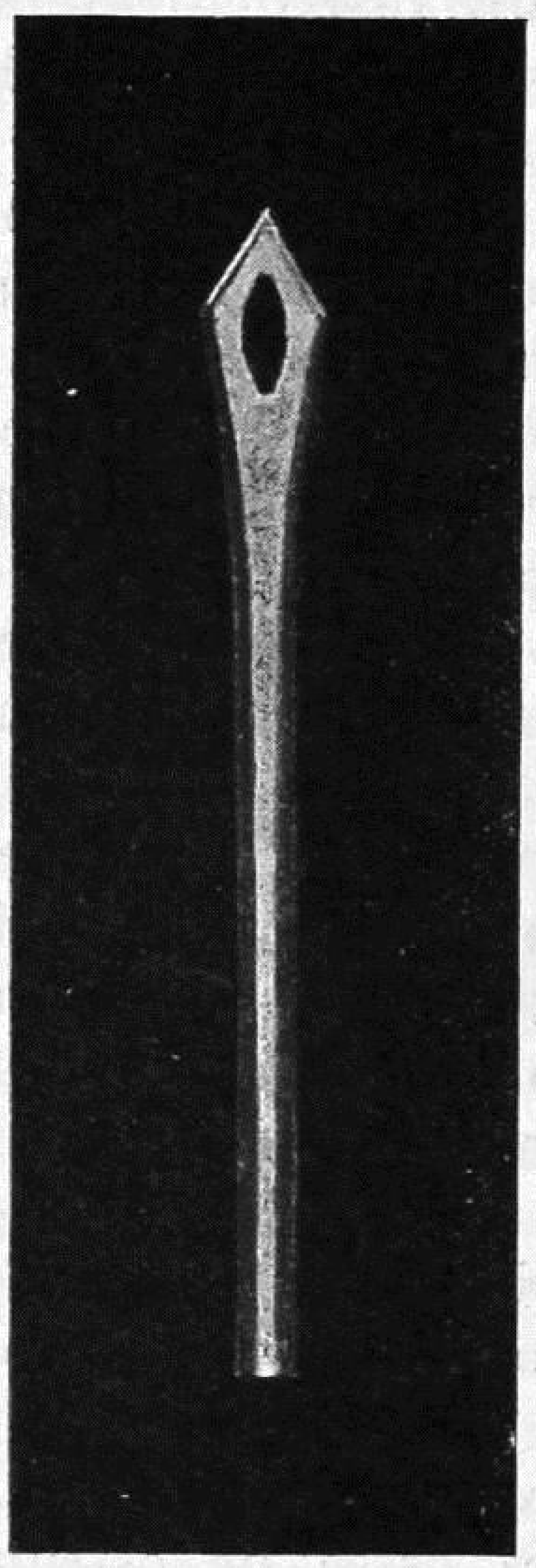


FIG. 1. — Punta dell'ago trasformata in punta di trapano.

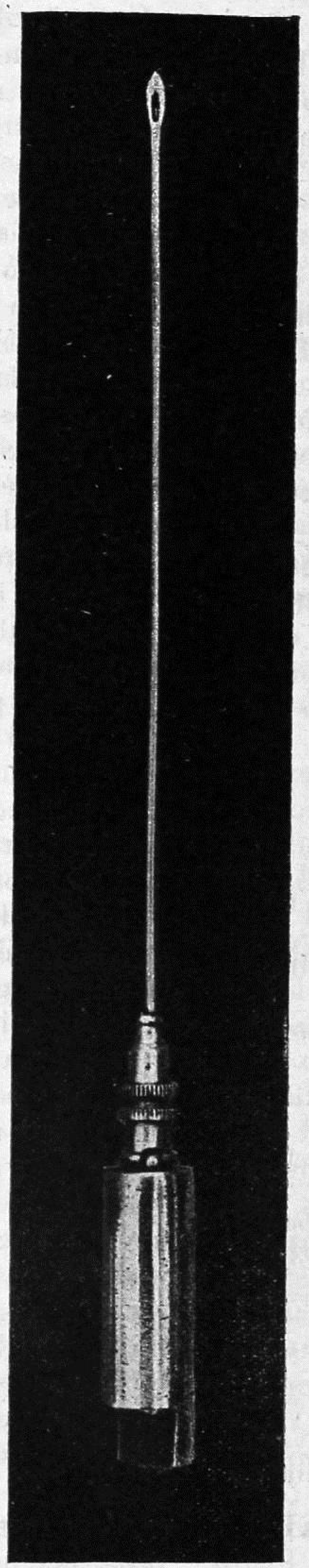


FIG. 2. — Ago con mandrino.

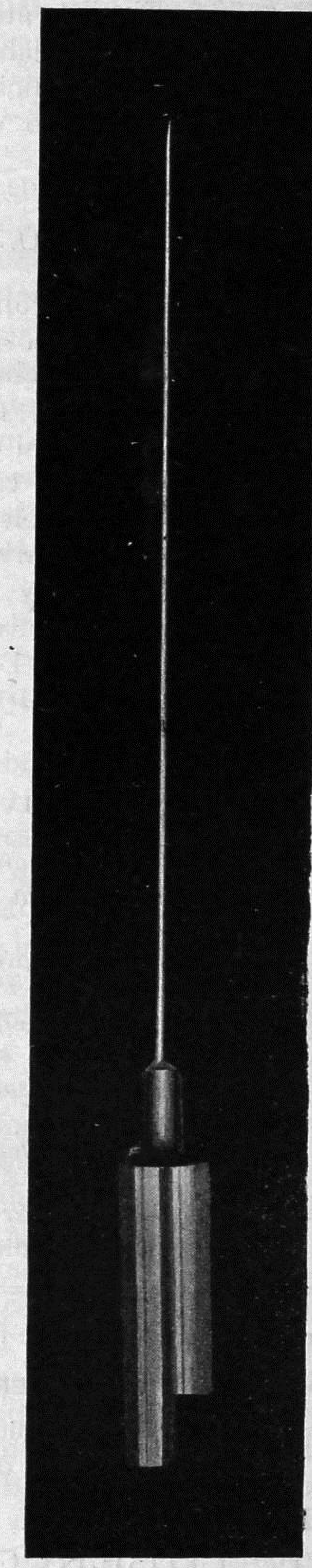


FIG. 3. — Mandrino con padiglione che lo congiunge al motore.

sottili: ne ho alcuni lunghi circa cm. 10 e del diametro di mm. 1. L'occhio dell'ago rimane distante dalla punta circa mm. 1.

Oltre che per la ricerca di ematomi e di ascessi, di cisti meningee e di ogni raccolta liquida patologica, l'ago può servire a pungere i ventricoli e ad asportare a scopo diagnostico piccoli tratti di cervello o di neoplasmi. Anche al di fuori del cranio può servire alla diagnosi di tumori, cisti ed ascessi ossei.

In casi di anchilosi vertebrali può essere usato per punture del sacco durale spinale.

RIASSUNTO.

Modificata la punta di un comune ago, ha potuto servirsi di esso come di una punta di trapano per forare il cranio e far punture esplorative.

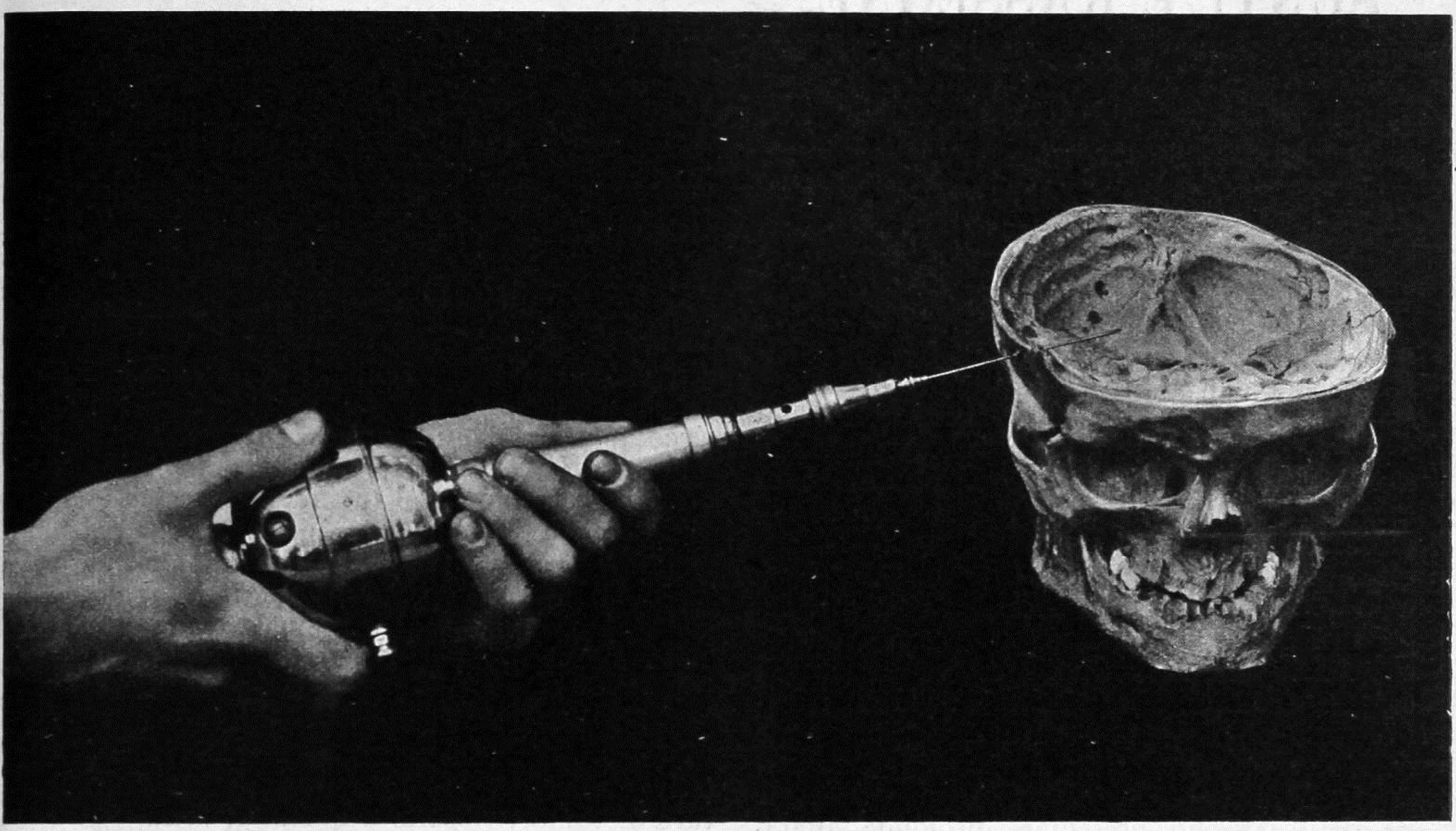


FIG. 4. — Perforazione del cranio.

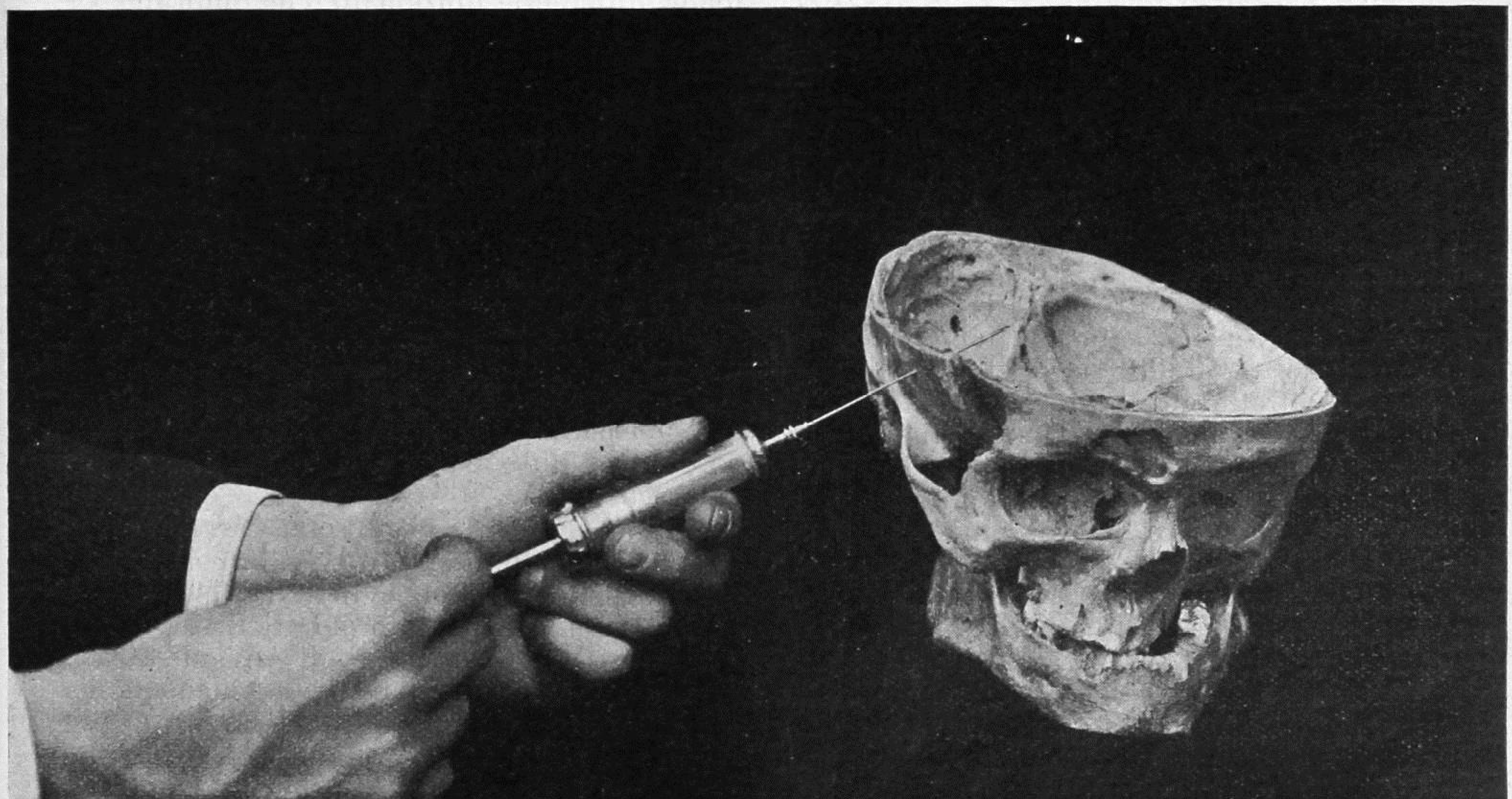


FIG. 5. — Puntura esplorativa attraverso l'ago perforatore.

SUNTI E RASSEGNE.

ONCOLOGIA.

Sulla trasformazione di cellule normali in cellule di tumori maligni al di fuori dell'organismo.

(G. DI MACCO. *Rivista Sanitaria Siciliana*, 1° aprile 1932).

Le recenti ricerche sulla trasformazione maligna di cellule normali, nell'organismo e in vitro, nelle culture di tessuti, hanno ormai assunto tale importanza nel campo della fisiologia e della patologia, che appare opportuno anche per il medico pratico, l'avere una conoscenza, seppure sommaria e sintetica, degli appassionanti problemi che le possibilità di cultura dei tessuti hanno destato.

In una prima fase di ricerche l'attività degli studiosi si era fermata all'allestimento di culture di tessuti normali, poi di culture di tumori, sarcomi e carcinomi spontanei dell'uomo e degli animali da laboratorio. Venne così osservato che, sotto l'azione di determinate condizioni ambientali le cellule coltivate in vitro possono presentare profonde alterazioni morfologiche e funzionali trasmissibili indefinitamente nelle culture stesse; e che, mediante estratti e ultrafiltrati di tumori è possibile conferire in vitro, ad elementi cellulari normali, i caratteri di elementi cellulari maligni, controllati mediante l'innesto negli animali recettivi. Nel frattempo le indagini sull'etiologia del cancro portavano alla scoperta dei tumori sperimentali da agenti chimici fatti agire cronicamente nell'organismo vivente e le ricerche furono dirette a provocare in vivo la trasformazione maligna di cellule embrionali innestate con catrame ed altre sostanze chimiche.

Le cellule dei tessuti, al pari delle cellule germinali sono potenzialmente immortali, perchè possono moltiplicarsi indefinitamente se vengono sottratte alla influenza inibitrice che sul loro accrescimento esercitano i liquidi circolanti nell'organismo. Lo sviluppo delle culture dei tessuti è influenzato da numerosi fattori, il cui studio è di notevole importanza per indagare le cause della suddivisione cellulare, che è il problema base dell'etiologia dei neoplasmi. È perciò che il criterio morfologico, che sino ad alcuni anni or sono ha dominato nell'indirizzo delle ricerche di citologia è stato oggi integrato dalla conoscenza delle alterazioni del metabolismo, che indubbiamente sono alla base di numerose questioni di patologia cellulare.

Ed infatti l'equilibrio fisico-chimico del mezzo influenza l'andamento dello sviluppo cellulare, attraverso variazioni, anche lievi, del Ph, della tensione superficiale, della concentrazione molecolare e della conducibilità elettrica del mezzo. È stato sufficiente in molti casi modificare l'ambiente nutritivo per determinare una profonda trasformazione nella vita della cultura; e se nell'indagine dei fattori dell'anaplasia si vuole risalire alle cause ci si trova dinanzi a problemi di carattere biochimico per delucidare una questione di carattere morfologico e funzionale.

Nelle culture di cellule in vitro sono stati coltivati quasi tutti i tessuti dell'organismo, ma sin dall'inizio si è tentata con successo anche la coltura delle cellule dei tumori. Si può dire che ormai tutti i tumori noti, trasmissibili, sono stati coltivati con successo, e, in base al ricco materiale bibliografico che ora è possibile raccogliere, si deve ritenere che gli elementi di carcinomi e sarcomi non presentano, in quanto a vitalità delle culture, alcuna differenza con gli elementi di tessuti normali. La proliferazione presenta spiccate analogie con quella del tessuto embrionale come del resto era prevedibile.

Ma per quali caratteristiche una cultura di cellule cancerigne si differenzia da una cultura di tessuti normali? Nessuna differenza qualitativa è sicuramente dimostrabile nelle culture di tumori rispetto a quelle di cellule normali e varie proprietà fondamentali sono comuni ai due tipi di cellule. Ma se da un lato le cellule maligne, per molti caratteri, non si distinguono da quelle normali, dall'altro le ricerche sugli espianti hanno dimostrato profonde differenze funzionali, che indicano come la cellula tumorale segua soltanto in alcune manifestazioni le norme che regolano la vita delle cellule normali. Le cellule dei tumori, coltivate in vitro, dimostrano in genere, rispetto a quelle normali, una maggiore sensibilità di fronte alle cause modificatrici esterne. Così l'accrescimento di un espianto di tumore cessa se viene abbassata la tensione di ossigeno ad un grado al quale le cellule normali continuano a proliferare indisturbate.

Le variazioni del Ph si fanno risentire più nelle colture di tumori che in quelle di tessuti normali, come le variazioni termiche, verso cui le cellule maligne dimostrano una spiccata sensibilità.

Una diecina di anni or sono Carrel ed Ebeling furono colpiti dal fatto che in colture pure di leucociti nucleari mobili (istiociti di Aschoff) comparivano fibroblasti fissi istogeni. Questa osservazione spinse gli AA. ad ottenere nelle culture la trasformazione permanente delle cellule di un tipo in quelle di un altro, proprietà che si dimostrò in molti casi reversibile.

Si vide inoltre che quelle cellule normali, che hanno in comune con le cellule di tumori il maggior numero di caratteristiche, sono più delle altre soggette a modificazioni della forma e delle proprietà biologiche. Queste ricerche dimostrando in vitro la possibilità di trasformare a piacimento le caratteristiche culturali di

elementi sanguigni e di elementi connettivali mediante opportune modificazioni dell'ambiente, costituivano un primo passo nella impostazione del problema del cancro sotto un nuovo punto di vista, in quanto giustificavano la speranza di ottenere in vitro la trasformazione maligna di cellule normali.

Si è riusciti così ad ottenere, *in vitro*, la trasformazione maligna di tessuti normali, mediante l'aggiunta di filtrati di tumori: ma questo fenomeno perde di importanza se si pensa che quel « quid » che è la causa della riproduzione delle cellule tumorali possa attraversare la candela e ritrovarsi nel filtrato. Più importanti sono invece le ricerche con le quali si è determinata in vivo la formazione di neoplasie da tessuto embrionale innestato, per influenza di stimolazioni varie, principalmente di natura chimica. È noto come i tentativi di innesto di solo tessuto di embrione, eseguiti da oltre un cinquantennio per verificare l'ipotesi di Durante-Conheim, siano costantemente risultati negativi.

Askanazy fu il primo che pensò di aggiungere al tessuto, al momento dell'innesto, una sostanza capace di modificare il decorso dello sviluppo del tessuto innestato.

Egli, mediante l'innesto di poltiglia di embrione, trattata con etere o con idrato di cloralio, provocò la formazione di tumori maligni, non metastatici. Nel 1925 Carrel riusciva a riprodurre veri sarcomi nei polli, con l'innesto di tessuto embrionale e la contemporanea inoculazione di catrame.

Più adatto del catrame, nel provocare l'insorgenza di tumori dal tessuto embrionale, è risultato l'arsenico. I tumori da arsenico di Carrel, attraverso numerosi trapianti in vivo, hanno conservata intatta la malignità con una elevatissima percentuale di attecchimento. Un altro veleno oncogeno, largamente sperimentato, è l'indolo.

È così da ritenere dimostrata, principalmente per opera di Carrel, la possibilità di fare insorgere nell'organismo vivente tumori maligni da innesto di tessuto embrionale sotto l'influenza di agenti chimici svariati. Stimoli aspecifici quindi, di natura chimica, unitamente ai principi che attivano le proliferazioni contenute nel tessuto embrionale, in determinate condizioni, possono determinare nell'organismo la trasformazione di elementi normali in cellule di tumori.

Appariva pertanto logico il tentativo di trasformare *in vitro*, come era stato fatto in vivo, cellule normali in cellule di tumori mediante stimoli aspecifici fatti agire sulle culture dei tessuti. I risultati delle ricerche di Carrel, Fischer, Laser hanno superata ogni previsione: non solo con mezzi chimici, ma anche utilizzando i raggi Röntgen si è riusciti a trasformare colture di embrione di pollo in colture sarcomatose. Varie sono le interpretazioni formulate per spiegare il meccanismo intimo della cancerizzazione al lume delle nuove ricerche. Secondo Carrel le sostanze oncogene come il catrame, l'arsenico, l'indolo o i composti che essi formano con i costituenti dei tessuti, a contatto di cellule in attività proliferativa, possono eccitarle in modo che in esse insorga un principio, un *quid* che abbia il potere di autoriprodursi. Questo *quid* stimolerebbe le cellule alla moltiplicazione atipica, che, pertanto, verrebbe ricondotta ad un disordine del metabolismo capace di ripetersi indefinitamente una volta iniziato. Tale spiegazione è da accettarsi come una pura ipotesi di lavoro, come soddisfazione di una esigenza dello spirito umano che sente imperiosa la necessità di dare una spiegazione, sia pure inconsistente, ai fenomeni che osserva, come punto di appoggio onde poter continuare nella disperata corsa alla soluzione di questo problema, che appassiona e appassionerà ancora per molti anni gli studiosi di tutto il mondo. G. LA CAVA.

Sulla diagnosi precoce del cancro dello stomaco.

(R. PAOLUCCI. *Gazz. degli Osp. e delle Clin.*, 31 gennaio 1932).

È ormai assodato che soltanto la diagnosi precoce di un cancro dello stomaco può forse salvare un individuo dalla morte, permettendo un intervento chirurgico efficace in quanto tempestivo. L'A. prende occasione dalla presentazione di tre casi di cancro dello stomaco con differente sintomatologia per mettere in evidenza il frequente polimorfismo che assume la sindrome da epitelioma gastrico allo inizio.

In un caso si tratta di un uomo di 70 a. che da 5 mesi aveva cominciato a notare dopo i pasti lieve bruciore e senso di peso all'epigastrio: nei primi quattro mesi mai vomito nè nausea, sintomi che si sono invece appalesati all'ultimo mese. Il vomito era talmente insistente che il paz. si dovette limitare alla sola alimentazione liquida.

All'E. O. condizioni generali scadentissime: addome avvallato a barca; in corrispondenza dell'epigastrio tumore grosso quanto una arancia, liscio, rotondeggiante.

Evidente la diagnosi di cancro dello stomaco: nè si poteva pensare ad un fatto ulceroso con massa di infiammazione reattiva per la mancanza assoluta di dolori e per la storia, breve e non periodica. Difficilmente poteva trattarsi di un cancro del piloro: la pratica insegna che in questa forma il vomito, se non è spesso il primo segno di allarme, compare tuttavia precocemente; qui invece sono stati necessari 4 mesi prima di giungere alla stenosi. L'atto operativo dimostrò infatti un tumore carnoso ulcerato che occupava tutta la regione dell'antro e buona parte del corpo del-

lo stomaco. Su questo caso possono farsi utili considerazioni e cioè:

1) non esiste alcun rapporto fra gravità dei sintomi e diffusione del tumore: in questo caso il tumore era imponente e i sintomi quelli di una dispepsia banale;

2) non esiste errore più grave di quello di voler giudicare della operabilità o meno di un cancro dello stomaco dalla palpabilità o non del tumore: i resoconti della Clinica Mayo parlano in questo senso: in questo caso il p. dopo 4 mesi dall'operazione è in ottime condizioni;

3) quando in un soggetto oltre i 45 a. si iniziano senza causa apparente dei disturbi dispeptici, sia pure banali, è necessaria una indagine radiologica, che può rivelare un cancro all'inizio.

Nel 2° caso si tratta di una malata di 77 a., con anamnesi remota negativa, in cui l'inizio della malattia risaliva a quattro mesi prima quando la p. ebbe una scarica diarroica improvvisa, subito dopo un pasto. Tale diarrea si è ripresentata da allora subito dopo ogni pasto, spesso presentandosi di colorito nerastro.

Solo nell'ultimo mese sono comparsi i dolori a sede nettamente epigastrica e senza irradiazioni di sorta, a tipo continuo, indipendente dall'ingestione dei pasti.

All'e. o. cond. gen. scadentissime: alla palpazione dell'addome si ha la sensazione di un cilindro duro e sottile posto obliquamente dall'alto in basso e da sinistra a destra nell'epigastrio, scarsamente spostabile. Ingerito il pasto di prova, non si riesce ad estrarlo perchè assente dallo stomaco.

Esiste dunque un'insufficienza del piloro per cui l'alimento non si sofferma nello stomaco ma passa subito nell'intestino: ed è questa la causa della diarrea accusata dalla paziente subito dopo i pasti.

Varie sono le cause che possono dare origine alla diarrea prandiale: esiste una diarrea prandiale degli acloridrici in cui venendo a mancare il controllo acido del piloro questo si apre prima del tempo e permette il passaggio ad un chimo fisicamente, chimicamente e batteriologicamente irritante, per cui l'intestino reagisce con la diarrea: in tali casi basta la somministrazione di Hcl per troncare il sintoma. Esistono poi le diarree prandiali degli ipercinesici, nei quali il chimismo gastrico è normale, ma l'esame radiologico rivela uno stomaco che si svuota troppo presto; il risultato è lo stesso ma in tali casi è la codeina o la belladonna che ha ragione della diarrea. Analoghe sono le diarree post-prandiali degli ipercloridrici in cui è la secrezione acida eccessiva dello stomaco che giungendo a suo tempo nell'intestino provoca la diarrea.

Nel caso dell'A. la diarrea è da attribuirsi invece ad una insufficienza del piloro constatata clinicamente e radiologicamente. L'insufficienza del piloro può derivare da lesione organica locale, da disturbo organico per lesioni di vicinanza, o da un fatto funzionale.

Nella paziente i dati clinici e radiologici parlano per un tumore tubolare interessante il piloro ed estendentesi in alto verso lo stomaco: la possibilità di fatti ulcerosi e reattivi locali è anche da escludersi per la storia remota completamente negativa. Si tratta quindi di una forma speciale di cancro dello stomaco, la linite plastica, sulla cui vera origine, se cioè infiammatoria o neoplasica ancor oggi si discute. Anche in questo caso la diagnosi di cancro dello stomaco si sarebbe potuto fare molto prima qualora si fosse pensato, come è di dovere in ogni caso di diarrea ritmata in cui si può escludere una condizione colecistica e appendicolare cronica o uno stato di gastrite ipercloridrica o acloridrica, alla possibilità di una insufficienza pilorica di natura neoplastica.

Nel terzo caso si tratta di un malato di 59 anni in cui la sintomatologia, risalente a 3 mesi prima, erasi iniziata con astenia, capogiri e vomito, dapprima acquoso poi alimentare. Mai dolori, nè pirosi; soltanto dopo i pasti, finchè il vomito non sopraggiungeva, senso di peso all'epigastrio.

L'e. o. dimostra un notevolissimo deperimento del paziente: nel resto è completamente negativo.

La diagnosi di stenosi neoplastica del piloro balza evidente: le stenosi cicatriziali da ulcera hanno infatti una storia che il p. non riferiva. Ma se la diagnosi era chiara *d'emblée*, perchè si è atteso tanto per affidare il p. nelle mani del chirurgo? È necessario che il medico pratico, quando si trova in presenza di un individuo di età matura, il quale accusi senza ragioni apparenti, dimagrimento, astenia, anoressia e disturbi gastrici o intestinali tenga presente la possibilità di un tumore gastrico e, magari senza avvertirne il malato, richieda un'indagine radiologica accurata. Solo così la chirurgia potrà aumentare il numero delle sue brillanti vittorie nella lotta contro il terribile male.

G. LA CAVA.

Sintomatologia e diagnosi del tumore dell'intestino crasso.

(H. STEINDL. *Wien. Kl. Woch.*, 41, 1931).

L'A. ritiene che qui, più che in qualsiasi altro campo della medicina, è necessaria una diagnosi precoce.

Le statistiche di varii Autori concordano nel ritenere che la localizzazione più frequente sia il sigma, poi il cieco; i sintomi più caratteristici sono: la presenza di un tumore palpabile (cieco e sigma sono zone facilmente accessibili) e l'esistenza di crampi o di coliche dolorose addominali che sono talora il

primo sintoma: anche frequente è la stipsi, sintoma troppo trascurato dal malato e dal medico, più rara è la diarrea; rarissimo l'abbassarsi di diarrea e stipsi. Neppure frequente è la constatazione — da parte del malato — della presenza di sangue, muco o pus nelle feci: la comparsa di questi sintomi è tanto più evidente quanto più bassa è la sede della localizzazione neoplastica; la ricerca delle emorragie occulte, non è sempre fatta, o per lo meno non sempre con le dovute cautele (due giorni di dieta lattea prima, eliminazione di altre origini di emorragia ecc.).

Si noti d'altra parte che la comparsa della massa, i disturbi di canalizzazione e le emorragie sono sintomi di un tumore già avanzato: i sintomi iniziali (perdita dell'appetito, stipsi, senso vago di tensione ecc.) non sono tali da imporsi all'attenzione del medico: eppure è proprio in questi casi che bisogna esaminare i malati con pazienza e ostinatezza, a intervalli regolari di tempo; nè ci si arresti di fronte all'età giovane, che può anche essa, sebbene di rado, venire colpita.

L'anamnesi accuratamente raccolta ci può fornire un nuovo elemento di diagnosi, se ci rivela l'esistenza di una disposizione al cancro.

I disturbi di canalizzazione sono diversi, a seconda della sede del tumore: quando questo è localizzato nel cieco o nel tratto ascendente del colon, il materiale intestinale, formato dal chimo semifluido passa, senza eccessive difficoltà, anche attraverso stenosi serrate; quando il tumore è sul sigma, o in vicinanza dello sfintere, le feci, ivi ormai solidamente costituite, trovano un ostacolo grave anche in stenosi di modico grado; se c'è vicino uno sfintere, il suo spasmo aumenta i fenomeni di occlusione: occlusione e spasmo spiegano perchè queste localizzazioni « basse » siano particolarmente dolorose.

Va pure notato che il punto in cui il malato localizza i dolori non è sempre quello della sede del tumore; e questo perchè i tumori del sigma, respingendo i gas e provocando stasi a monte fanno comparire senso di peso e di dolore anche nella regione inguinale destra.

Le stenosi ileocecali dànno all'addome una forma globosa, quelle del sigma e del retto una sfiancata; la mobilità della massa neoplastica cessa, appena il processo neoplastico ha invaso i tessuti circostanti. Non solo il fatto della stenosi può essere causa di dolori, ma anche la stasi e la tensione dei gas, e la compressione o l'infiltrazione dei tronchi nervosi (irradiazioni dolorose).

L'esame radiologico non dà un reperto capace di formulare una diagnosi precoce; può anche trarre in inganno e, quando la stenosi è avanzata, il pasto opaco aumentando la stasi, può dare fenomeni dolorosi, l'unico vero merito di questo esame è quello di distinguere se l'alterazione è realmente intestinale, o se esistono lesioni di altri organi.

Per quanto riguarda la diagnosi differenziale, 4 forme morbose, a sede cecale, possono creare pericolose confusioni; il tubercoloma del cieco, una proliferazione cronica callosa postappendicolare, il carcinoma del cieco, e l'actinomicosi.

Stanno per la tubercolosi del cieco: la lunga durata del male, le alternative di miglioramento e peggioramento, le elevazioni termiche, la presenza di altri focolai tubercolari e (criterio non assoluto) la giovane età, non è infatti sempre vero che la tubercolosi prevalga nel cieco prima del 4° decennio di età, e il tumore, dopo.

L'actinomicosi dà un infiltrato d'una durezza caratteristica, che si diffonde rapidamente alle pareti addominali e alle glandole retroperitoneali, senza dar dolore: ascessi piccoli, multipli, possono comparire nell'infiltrato che tende a superficializzarsi.

Il dolore e la sensibilità alla pressione di una mano che fa resistenza nella regione cecale, mentre le condizioni generali e locali migliorano con una terapia conservativa (riposo a letto, cataplasmi e dieta) fa pensare ad un processo postappendicolare.

Nei casi dubbi si ricorra alla laparatomia esplorativa.

Quando il tumore è localizzato al sigma, la diagnosi differenziale è relativamente facile, perchè le altre malattie che possono, come lui, dare precoci segni di stenosi, sono agevolmente depistate (stenosi da dissenteria, flessione da aderenze ecc.) la diagnosi in sè, invece, è difficile, se la massa neoplastica non si palpa chiaramente e non è raggiungibile coll'esame digitale: allora è necessario ricorrere alla rettoscopia: e, se questa fallisce, alla laparatomia esplorativa.

Particolarmente difficile a diagnosticarsi è la diverticolite, che si complica di solito con una pericolite e può dare fenomeni di stenosi, coliche dolorose, fugaci periodi di diarrea con muco ecc., insomma un quadro che ricorda quello del cancro; talora la viva dolenzia della massa palpabile e le elevazioni termiche fanno pensare a un fatto infiammatorio: ma la diagnosi è spesso impossibile nè questo ha grande importanza pratica; giacchè, una volta accertata la stenosi, s'impone — qualunque sia la causa — l'intervento operatorio.

L'intervento dà ancora delle alte percentuali di mortalità: ne è responsabile, in parte, la tardività della diagnosi. L'A. consiglia — ad ogni modo — le operazioni radicali, piuttosto che le palliative, a meno che non si abbiano fenomeni di ileo acuto o cronico: per il cancro della flessura lienale, del colon ascendente, del trasverso e del sigma, è consigliabile praticare l'operazione in due tempi.

V. SERRA.

GINECOLOGIA ED OSTETRICIA.

Sterilizzazione temporanea della donna col metodo biologico.

(M. SCHTEINGART e A. PERALTA RAMOS. *La Prensa Med. Arg.*, 10 marzo 1932).

Sterilizzazione della donna significa l'impossibilità a concepire, senza che siano evitati i rapporti sessuali. La sterilizzazione può essere temporanea o definitiva. È indicata la definitiva nei casi di malattie incompatibili con la gravidanza o per lo meno che compromettono seriamente la salute o la vita della madre. È ancora discussa l'indicazione della sterilizzazione temporanea per ragioni di miglioramento dell'individuo, della società e della razza o per condizioni economiche, come si fa in Russia.

La sterilizzazione definitiva si ottiene mediante procedimenti chirurgici ormai ben noti. Per la sterilizzazione temporanea i metodi sono vari: metodi preventivi (lavaggi, preservativi, ecc.) di dubbia efficacia; metodi fisici (raggi X e radium) pericolosi per la difficoltà del dosaggio; metodi chirurgici e infine metodi biologici. Di questi vari metodi quello che più risponde alle condizioni richieste da una buona sterilizzazione temporanea, di essere cioè inoffensivo, di facile applicazione e di una durata determinabile, è sicuramente il metodo biologico. In questi ultimi anni numerosi sono stati gli esperimenti fatti con lo scopo di prevenire biologicamente la gravidanza. Vari anche i metodi usati, come, ad es., iniezioni di estratto di placenta, trapianto di ovaie di animali, e l'immunizzazione per introduzione parenterale di spermatozoi. È ormai un fatto perfettamente stabilito che gli animali reagiscono biologicamente alla introduzione dei prodotti seminali, con formazione di prodotti biochimici di difesa.

Dal punto di vista clinico Vogt sostiene che l'eccesso di prodotti seminali somministrati attraverso i coiti ripetuti può portare alla sterilità della donna e che la fecondità naturale viene ad essere riacquistata solo dopo un'astinenza sessuale prolungata. Si avrebbe cioè per le frequenti coabitazioni una specie di immunità verso gli spermatozoi. Gli AA. tenendo conto dei risultati ottenuti da vari ricercatori (Van der Dyck, Forgelson, Mac Cartnei, Kartascev) e basandosi sugli esperimenti da questi fatti sugli animali hanno proceduto alla applicazione del metodo di sterilizzazione biologica nella donna, iniettando per quattro volte, con due giorni di intervallo, dosi crescenti di spermatozoi morti, cominciando con trenta milioni e raddoppiando le dosi volta per volta.

Di 110 donne iniettate 73 sfuggirono al controllo. Sulle 37 restanti la gravidanza mancò nell'81 % per una durata fra 6 e 15 mesi: la gravidanza si ristabilì normalmente dopo questo periodo. Non si osservarono reazioni locali nè generali degni di considerazione. Nella maggior parte dei casi si è osservata precocità nel ritorno mestruale. Gli AA. concludono che i risultati ottenuti aprono un nuovo orizzonte per quanto si riferisce alla sterilizzazione femminile e che il metodo suddetto, può, se opportunatamente perfezionato, rimpiazzare, per la sua innocuità e facile applicazione, tutti gli altri metodi di sterilizzazione. G. LA CAVA.

Ricerche sperimentali sulla influenza della iperglicemia e della ipoglicemia materna sul decorso della gravidanza e sullo sviluppo dei feti.

(G. M. CORDA. *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, 29 febbraio 1932).

Gli autori del secolo passato negavano o ritenevano affatto eccezionale la gravidanza in donne affette da diabete mellito: risulta infatti anche dalle recenti statistiche (Seitz) che delle donne affette da diabete, in età sessualmente attiva, appena il 50 % concepisce. Non ben definite sono però le cause che limitano la concezione: vengono imputate alterazioni funzionali ed anatomiche che gli organi genitali di queste malate possono presentare: facile amenorrea, sclerosi delle ovaie, diminuzione od assenza dei follicoli di Graaf, endometrite cronica, atrofia dell'utero. Nello stesso senso agirebbero i disturbi generali ai quali va incontro l'organismo della donna per il modificato ricambio e che nelle forme accentuate conducono a stati di profonda atonia, notevole dimagramento ed alla frigidità. La gravidanza dovrebbe poi essere considerata per la donna diabetica una grave complicanza.

Secondo Offergeld il 30 % delle gravide muoiono per coma, specie durante il parto o nelle prime giornate di puerperio, ed il 20 % nei due anni successivi, ugualmente per coma o tbc. polmonare.

In genere la mortalità per diabete della donna gravida, prima della introduzione della terapia insulinica, veniva valutata dal 50 al 55 %.

Esistono però casi in cui, sottoponendo le donne ad opportuno trattamento, la gravidanza non modifica il quadro della malattia e casi, per quanto eccezionali, in cui si notano persino miglioramenti e scomparsa del diabete in rapporto con l'evoluzione della gravidanza, mentre, d'altro lato, numerose sono le forme di diabete che si palesano durante la gestazione.

La gravidanza della donna diabetica finisce spesso con l'aborto o col parto prematuro.

Nè mancano le influenze dannose a carico dell'uovo: spesso si ha idramnios e la mortalità intrauterina dei feti, che vengono espulsi macerati, si calcola in media al 50 %. La maggior parte dei feti nati a termine raggiun-

ge uno sviluppo superiore alla norma e non sono rari i casi di vera macrosomia: ma nonostante l'apparente floridezza, l'80 % di essi soccombe dopo la nascita.

La macrosomia di questi feti è dovuta, secondo la maggioranza degli AA., ad un eccesso di zucchero che passa come materiale nutritivo dalla madre al feto e che da questo verrebbe immediatamente fissato sotto forma di grasso.

Essendo questo lo stato delle conoscenze cliniche sull'argomento, riusciva indubbiamente interessante lo studio delle influenze che condizioni d'iperglicemia sperimentale, determinate in animali, possono avere sulla gravidanza e sul prodotto del concepimento: è ciò che l'A. ha fatto, tentando inoltre con ricerche collaterali di riprodurre il quadro opposto e cioè mantenendo gli animali, per tutta o per parte della durata della gravidanza, in uno stato di ipoglicemia. Ha così constatato che la introduzione per via sottocutanea di gr. 5 di glucosio per Kgr. di peso dell'animale, determina nelle coniglie una iperglicemia che dura in media dalle 3 alle 6 ore: questo trattamento, se protratto per un certo tempo, determina negli animali albuminuria e deperimento grave; se iniziato in coniglie nello stesso giorno dell'accoppiamento determina sterilità. Sottoponendo allo stesso trattamento coniglie già gravide, l'ulteriore decorso della gravidanza ne viene ad essere dannosamente influenzato, potendosi avere sia aborto con espulsione di feti macerati, sia parto prematuro con morte dei feti, subito dopo la nascita, sia parto a termine, ma con feti piccoli di scarsa vitalità. Tali effetti dell'iperglicemia da iniezioni di glucosio si possono mettere in rapporto secondo l'A., con le condizioni d'intossicazione determinatesi nelle coniglie e colle conseguenti lesioni renali. D'altra parte iniezioni di determinate quantità d'insulina (5 U.C.) ripetute due volte al giorno hanno provocato nelle coniglie una ipoglicemia, che si è mantenuta per 16-18 ore: tale ipoglicemia provocata in coniglie subito dopo l'accoppiamento o quando la gravidanza era già avanzata non ne ha impedito l'ulteriore decorso: i feti nati da questi animali hanno presentato un peso e uno sviluppo inferiore a quello dei feti normali. Questa iposomia può secondo l'A., essere attribuita alla ipoglicemia materna e al conseguente alterato ricambio materno-fetale dei carboidrati ma non è da escludere che in parte sia dovuto ad azioni collaterali dell'insulina.

Se un appunto si può fare al lavoro dell'A., è quello, del resto messo in evidenza dall'A. stesso, di avere col suo metodo determinato uno stato di iperglicemia che non corrisponde a quello del diabete naturale, venendone ad essere soltanto una delle sue manifestazioni: per ottenere una iperglicemia corrispondente a quella diabetica sarebbe stato necessario ricorrere alla pancreasectomia: ma a questa operazione segue uno stato di marasma che impedisce l'accoppiamento e rende le ricerche particolarmente difficili.

G. LA CAVA.

L'anemia emolitica della gravidanza.

(L. J. WITTS. *The Lancet*, 26 marzo 1931).

Malattia piuttosto rara, che non è in rapporto con la tossiemia della gravidanza o con l'infezione puerperale, sebbene vi possano essere un po' di edema ed una moderata albuminuria.

Ne sono sintomi principali: stomatite, glossite, faringite, vomito e diarrea. I primi stadi sfuggono all'osservazione; le pazienti ricorrono al medico per il grande pallore e l'anemia aumenta man mano la malattia volge verso il suo acme. Si ha dispnea notevole, edema, attacchi sincopali, cecità o paralisi transitorie, emorragie senza causa apparente, vomiti o diarrea incoercibili. I familiari sono soprattutto colpiti dal pallore mortale; l'esame del sangue rivela un'anemia megalocitica.

La temperatura è febbrile durante tutto il periodo dell'anemia e ritorna alla normale quando si verifica il miglioramento. Il pallore ha una tinta itterica; si ha urobilinuria e presenza di derivati della bilirubina nelle feci e nelle urine. Milza ingrossata in un terzo dei casi, fegato ingrossato raramente.

L'anemia è del tipo plastico, con segni di rapida rigenerazione delle emazie, policromasia, basofilia puntata, emazie nucleate. L'assenza dei segni di rigenerazione, specialmente dopo il parto è un segno *mali ominis*. Leucociti normali, o leucocitosi polinucleare; si riscontrano quasi sempre pochi mielociti; piastrine diminuite ed anche assenti.

In un terzo dei casi, si hanno porpora ed emorragie esterne (naso, gengive, tratto gastro-intestinale, vagina; la perdita di sangue durante il parto è però inferiore alla normale).

Nel *trattamento*, si sono dimostrati inefficaci il ferro, l'arsenico, l'acido cloridrico.

L'A. osserva che, prima dell'introduzione del fegato in terapia, l'unico mezzo era la trasfusione di 4-500 cmc. di sangue, da ripetersi fino al miglioramento; questo è scarso o nullo prima del parto, ma dopo di esso, si ha una rapida e completa guarigione.

Sul valore terapeutico della terapia col fegato, non vi sono prove decisive; sembra che sia realmente utile, sia con la somministrazione diretta del fegato che con quella degli estratti. Tale terapia va combinata con la trasfusione.

Discutibile è l'utilità dell'interruzione di gravidanza. È un fatto che la malattia non cessa se non dopo il parto, ma non bisogna dimenticare che lo « shock » dell'operazione

è spesso mortale. È opportuno tener presente che la malattia non è tanto letale quanto si ritiene da molti e che anche la maggior parte dei bambini si salvano e crescono bene. Vi sono state donne che sembravano moribonde e che dopo il parto sono guarite bene; la terapia conservativa sembra quindi da preferirsi.

fil.

Le dismenorree della pubertà.

(V. RICHE. *Rev. franç. de gynéc. et obstétrique*, settembre 1931).

La dismenorrea della pubertà compare all'inizio della prima mestruazione o qualche tempo dopo. La ritenzione dello scolo mestruale favorisce le infezioni che possono aversi: perdite mucose, menorragie, salpingo-ovariti. Spesso ne consegue la sterilità, provocata dal tappo mucoso della cavità cervicale; se si ha la fecondazione, è facile che avvenga l'aborto.

L'A. consiglia un trattamento medico e chirurgico.

Nella crisi dismenorroica. Impacchi caldo-umidi tiepidi del basso ventre, unzioni con linimento, 3 volte al giorno (Cloroformio, g. 12; Tint. di oppio g. 10; Olio di giusquiamo, Olio di camomilla canforata, ana g. 60).

Clisteri laudanizzati (125 cmc. di acqua con XV-XXX gocce di laudano); suppositori all'oppio ed alla belladonna. Sedativi nei vini (gardenal 10 cg.; antipirina 50 cg.).

Riposo in letto. Combattere la costipazione con lassativi meccanici (grani di lino, di psillio, olio di paraffina).

Stato dismenorroico. Durante il mese, tutte le sere, compresse umide di acqua salata fresca 2 cucchiai di sale per litro di acqua), ricoprendo con taffetà gommato e cotone e lasciando per tutta la notte). Irrigazioni tiepide, per 1 minuto e 1/2, seguite da un getto fresco (a 28°) di pochi secondi, oppure bagni freschi (da 30° a 28°) per 3 minuti; sono necessari 60 bagni o doccie. Se possibile, cure termali.

In caso di lesione anatomica evidente, intervenire (deviazione uterina, stenosi vera) ma soltanto dopo l'insuccesso del trattamento idroterapico.

Può essere utile l'opoterapia (Polv. di tiroide 2 cg. con polv. di ovaio 20 cg.) per 12 giorni al mese. Nei 15 giorni seguenti, X gocce, prima dei due pasti principali di tintura di viburnum, con tint. eterea valerianica, ana. In caso di iperestesia gastrica sovrapposta, è utile la belladonna (Estr. di belladonna, cg. uno, Estr. di valeriana, q. b. per una pillola; da prenderne una prima dei due pasti principali). Utili, in tal caso, sono le polveri caolino-bismutate.

Molte dismenorree che sembrano ribelli guariscono dopo il parto.

fil.

RESPIRAZIONE.

Il trattamento dell'asma bronchiale.

(M. PEHU e J. VALIN. *Le Journ. de Méd. de Lyon*, 5 aprile 1932).

L'asma bronchiale è una malattia che si traduce clinicamente in un disturbo della funzione respiratoria. Ma perchè un soggetto divenga asmatico è necessario che avvenga in lui una modificazione di natura indeterminata che crea ciò che si chiama il « terreno asmatico ». È perciò che due ordini di provvedimenti terapeutici sono necessari: gli uni diretti a eliminare la manifestazione esteriore dell'asma, ed è questo il trattamento sintomatico, banale e palliativo, dell'accesso; gli altri, diretti non al sintoma, bensì alla causa probabile dell'asma, modificano invece il terreno organico che è servito di base all'affezione: è questo il trattamento vero della malattia asmatica.

Trattamento sintomatico. L'asma bronchiale nelle sue manifestazioni respiratorie può essere molto bene paragonata ad un attacco di nervi: oggi infatti comunemente si ammette che durante l'accesso si abbia uno squilibrio del sistema vago-simpatico con predominio del vago. Tutta la terapia sintomatica, da effettuare cioè durante le crisi, tenderà quindi a rinforzare l'azione indebolita del simpatico o moderare l'azione eccessiva del vago.

L'adrenalina è oggi il medicamento più usato a questo scopo: per la sua azione eccitosimpatica essa fa cessare lo spasmo bronchiale, spasmo dovuto ad una paresi del simpatico; inoltre per la sua azione vaso-costrittiva sopprime il disturbo vasomotorio che si produce a livello dei bronchi (fatto constatato alla broncoscopia).

Deve essere riservata ai grandi accessi: via preferita è la intramuscolare per la rapidità ed intensità dell'effetto; dose da 1/2 a 1 mgr. ripetute ad intervalli di mezz'ora. Dose massima: 3 mgr. nelle 24 ore. Si può anche somministrare, alle stesse dosi, per bocca, per suppositori, per inalazione nasale. Alcuni AA. completano l'azione della adrenalina associandola all'estratto di ipofisi, che favorisce il giuoco del polmone, decongestionando i vasi, e impedendo così la congestione passeggera dei polmoni prodotta dall'adrenalina sola. La formula è: Adrenalina mgr. 1, estratto di ipofisi ctgr. 4, siero artificiale c.c. 1, da usare 2 o 3 volte nelle 24 ore. Heckel preferisce all'adrenalina pura l'estratto surrenale, totale, disalbuminizzato, privato cioè delle sostanze anafilattizzanti.

L'efedrina, che da qualche anno è entrata vittoriosamente nella terapia dell'asma, ha con l'adrenalina analogie spiccate; ha su quest'ultima il vantaggio che, somministrata per via boccale, conserva intere tutte le sue proprietà antiasmatiche (il suo assorbimento non è im-

pedito dal fegato, come avviene per l'adrenalina).

Inoltre la sua azione è più durevole. Il solfato o cloridrato di efedrina si somministra in compresse contenenti ciascuna 25 mgr. della sostanza (dose massima nelle 24 ore, 50 ctgr.) oppure per iniezione ipodermica (3 ctgr.). Secondo i vari AA. la sua azione nelle grandi crisi è pressochè nulla, mentre è particolarmente efficace nei piccoli accessi, nelle forme recenti e moderate, nell'asma anafilattico e nell'asma infantile. Ma veramente notevole è l'azione squisitamente preventiva che ha l'efedrina qualora venga somministrata da una a tre ore prima dell'accesso. L'efetonina, derivato sintetico corrispondente all'efedrina, si è dimostrata meno attiva di questa: la sua azione è più lenta, più debole e meno costante.

È con l'idea di lottare contro l'ipertonia vagale che è stato preconizzato nelle crisi d'asma l'uso della *belladonna*: 1/4 o 1/2 mgr. di solfato d'atropina sottocute costituisce un efficace preventivo ed un ottimo mezzo curativo nelle crisi d'asma d'intensità media e nelle crisi subentranti. Ma talvolta essa è mal sopportata dal malato. Purtuttavia la belladonna, insieme con la datura e l'oppio è alla base dei numerosi prodotti diffusi fra gli asmatici e per i quali ciascun malato ha una speciale predilezione (miscugli per fumigazioni, sigarette antiasmatiche, pozioni, ecc.)

La pericolosità dell'uso non può far dimenticare la *morfina*, che rende e renderà sempre dei grandi servigi nei violenti attacchi d'asma. Fra gli altri medicamenti proposti dai vari AA., sono da ricordare l'hyosciamina levogira, il nitrato d'amile, l'ioduro di etile, la piridina, gli joduri, i vari nervini (veronal, valeriana, bromuri).

È infine da notare come buoni risultati si ottengano talora associando alla terapia medicamentosa alcune pratiche empiriche quali le ventose, gli impacchi umidi del torace, i bagni caldi ai piedi, la compressione del vago al collo, il salasso. Cordier ha perfino ottenuto la cessazione dei fenomeni dispnoici praticando un drenaggio biliare col sondaggio duodenale. (Forse perchè veniva così a scaricare il fegato, che sarebbe, secondo alcuni, il *primum movens* dell'attacco asmatico. *N. d. R.*).

Trattamento causale. Ha luogo negli intervalli fra una crisi e l'altra. È destinato sia a influenzare uno stato patologico nettamente caratterizzato dell'organismo, sia a modificare il terreno speciale sul quale l'asma può evolversi e senza il quale le abituali cause scatenanti restano inefficaci. Riguardo alla *terapia jodo-arsenicale* si sa che l'jodio è sperimentalmente un regolatore della respirazione in quanto determina una vasodilatazione ed una ipersecrezione della mucosa bronchiale: esso agisce sullo stato broncopolmonare turbato e sulla nutrizione generale alterata senza escludere che possa agire sul distiroidismo che si riscontra, più o meno netto, negli asmatici.

L'Joduro di caffeina è il più usato nella pratica, associato sovente all'arsenico che con lo jodio forma una specie di simbiosi nel trattamento dell'asma bronchiale.

La *terapia con nervini* ha grande importanza se si pensa che l'asma è stata fino a poco tempo fa considerata come una nevrosi respiratoria ed oggi nessuno nega il ruolo che riveste il terreno neuropatico nella genesi della malattia. L'adrenalina, l'efetonina, la belladonna rientrano in questo campo in quanto la loro azione consiste nel ristabilire il turbato equilibrio vago-simpatico.

Vernet consiglia l'estratto di Jaborandi, 8-10 gr., 3 volte al giorno. Anche il gardenal è stato proposto alla dose di 0,15 gr. giornalieri: esso modificherebbe l'equilibrio acido-basico del sangue, creando uno stato d'acidosi sfavorevole all'apparizione della crisi. Marfan ha ottenuto dei buoni risultati con i sali di calcio, che, alla dose di 5-10 gr. *pro die*, diminuirebbero lo stato di anfotonia e l'ipereccitabilità dei nervi bronchiali. Anche utilmente possono essere adoperati il chinino, la valeriana, l'antipirina.

La *psicoterapia* dell'asma bronchiale vanta dei successi brillanti: si sono viste anche delle guarigioni. Ma la sua diffusione nella pratica appare problematica.

La *terapia endocrina* si ricollega alle ricerche di Levi ed altri AA., i quali avrebbero stabilito l'esistenza di un asma endocrino: i disturbi sono stati particolarmente riscontrati nel sistema tiroideo ed ovarico. Lo stato vagotonico sarebbe dovuto all'ipertiroidismo: se i segni di ipertiroidismo sono netti si prescrivono delle dosi minime di estratto tiroideo (1-2 mgr.), che avranno azione moderatrice e regolatrice: se invece si notano segni netti di insufficienza tiroidea si farà la terapia sostitutiva (6 a 15 ctgr. *pro die*): se infine i segni di insufficienza tiroidea sono minimi si farà la terapia stimolante (1-4 ctgr. *pro die*). L'opoterapia ovarica si tenterà nelle asmatiche all'età della menopausa; alla dose di 30-40 ctgr. essa ha reso buoni servigi, specialmente quando associata alla tiroidina. L'opoterapia orchitica, surrenale, ipofisaria sono state anche preconizzate ma con poco successo.

La *terapia antiartritica* si basa sulla già antica concezione che l'asma sia una manifestazione artritica: tende quindi a modificare la diatesi artritica, che sarebbe la base del terreno asmatico con l'igiene e un regime dietetico particolare e con l'aiuto dei numerosi preparati antiartritici. Ma questa terapia non conta al suo attivo molti successi.

La *terapia disintossicante digestiva* ha spesso dato buoni risultati. Vari sono i metodi: uno o due giorni di dieta assoluta ogni mese, oppure un regime costante ricco in grassi, in

vitamine e in vegetali, ma povero di albumine e carboidrati. Sedillot consiglia un regime di riposo epatico completo con latte, frutta, legumi e soppressione della carne, uova, sale, vino e caffè: a ciò si associno i colagoghi e i medicamenti epatici.

La *terapia desensibilizzante* riconosce le sue origini nella concezione dell'asma quale manifestazione anafilattica.

La desensibilizzazione ha per scopo di abituare l'organismo all'antigene: può essere specifica e non specifica. La prima, pur essendo superiore alla seconda, può dare delle delusioni: infatti, talvolta, un soggetto, desensibilizzato per un prodotto, diventa ipersensibile per un'altro. Con l'interrogatorio o con le reazioni cutanee si stabilisce quale sia il fattore nocivo: ma questo può non essere il solo se il malato è polisensibilizzato. Il metodo dei piccoli pasti precedenti i pasti normali consiste, conoscendo l'elemento asmogeno, nel sopprimerlo dall'alimentazione e nel farlo ingerire in pillole una mezz'ora prima del pasto normale. Si aumenta quindi man mano la dose fino a far rientrare completamente il prodotto nell'alimentazione normale. Un metodo analogo si può seguire nella somministrazione di medicamenti ritenuti asmogeni per un dato soggetto. La *proteinoterapia specifica* si può attuare preparando delle soluzioni più o meno diluite della proteina conosciuta come asmogena e iniettandola sotto cute aumentando progressivamente la quantità e la concentrazione della soluzione: si avrebbe così un terzo di guarigioni e un terzo di miglioramenti notevoli. Inoltre, la sostanza proteica produttrice dell'asma potendo benissimo essere di origine microbica (bronchiti, affezioni polmonari), si possono in tal caso usare i vaccini ottenuti dalle secrezioni nasali o bronchiali dei malati. Per via nasale si sono utilizzati i rino-vaccini microbici, gli estratti pollinici diluiti in polverizzazioni.

La *desensibilizzazione non specifica* si attua quando la ricerca dell'agente causale dell'asma risulta difficile: gli agenti usati hanno lo scopo di far perdere alle cellule, per mezzo di una serie di leggeri *chocs* colloidoclasici, la loro sensibilità esagerata. L'*autoemoterapia* (10 cc. 5 o 6 volte) e l'*autosieroterapia* danno dei risultati spesso irregolari e di breve durata. La desensibilizzazione può talvolta essere ottenuta mediante il siero di Behring (0,50 di siero *pro die* per 2-3 mesi). La *peptonoterapia*, sia per via endovenosa che orale o meglio intradermica, realizzerebbe una concentrazione delle forze di difesa, probabilmente specifiche. Meno usate le iniezioni di latte, gli iposolfiti, i sali di calcio, i bicarbonati alcalini: persino la tubercolina è stata usata con metodi svariati ma con risultati modesti.

La *vaccinoterapia* tende, per mezzo di una serie di piccoli *chocs*, a rendere insensibile, cioè ad immunizzare, il sistema nervoso eccessivamente influenzabile: vari sono i vaccini usati.

Sullo stesso concetto dell'asma anafilattico si basa la terapia « per eliminazione ». Questo metodo consiste nell'eliminare dall'ambiente dell'asmatico i prodotti considerati come asmogeni e vedere se questa soppressione è sufficiente ad evitare il ritorno delle crisi. Questi vari prodotti sono stati disposti in vari gruppi, che vengono successivamente sottoposti a controllo. Ma il trattamento desensibilizzante non è tutto perchè in sostanza il fondo stesso della malattia, il terreno asmatico, non viene ad essere modificato: il fattore sensibilizzatore non sembra essere infatti altro che una causa occasionale.

Gli *agenti fisici* solo da qualche anno sono entrati, con la loro marcia invadente, anche nella terapia dell'asma bronchiale.

La *radioterapia* provocherebbe un'autoproteinoterapia, in quanto metterebbe in circolo degli anticorpi e delle proteine provenienti dalla distruzione dei leucociti in seguito a irradiazione splenica: oppure avrebbe azioni antispasmodica sulle fibre terminali del vago. Si pratica l'irradiazione splenica, polmonare, della tiroide e delle surrenali.

I *raggi ultravioletti* creerebbero uno stato di simpaticotonia, destinato a lottare contro lo stato di ipervagotonia spesso constatato nell'asma bronchiale. Questo trattamento deve essere riservato ai casi di asma pura, senza lesioni broncopolmonari o nasali. Anche la *diatermia* ha dato buoni risultati per applicazione degli elettrodi sulla regione epatica o sulle regioni ilari dei polmoni.

L'*igiene* ha una grande importanza nella cura dell'asma: l'asmatico deve evitare una occupazione sedentaria e le polveri talvolta asmogene; gli esercizi di ginnastica respiratoria devono essere associati alla vita all'aria aperta, possibilmente in montagna.

L'*idroterapia* ha anche grande importanza: alcune acque decongestionano il fegato, aumentano la traspirazione eliminando l'acido urico e agiscono, se radiattive anche sul sistema endocrino.

Gli *interventi* consistono nell'aspirare direttamente le secrezioni e nel fare sulla mucosa bronchiale delle applicazioni di balsamici.

Risultati felici si sono anche ottenuti con interventi sul naso. (Ablazione di polipi, resezione del setto, ablazione dei cornetti, ecc.).

Si sono così passati in rivista i vari mezzi curativi che si possono usare nella cura dell'asmatico durante, e specialmente negli intervalli fra le crisi. È l'associazione intelligente di questi mezzi che permetterà di modificare quella che è la causa patogena principale, il terreno asmatico. Ma frequentemente l'azione

terapeutica deve essere proseguita lungamente, talvolta ripresa periodicamente, come se questo stato di equilibrio artificialmente ottenuto mancasse di stabilità e avesse bisogno, per mantenersi tale, di un perpetuo sostegno.

G. LA CAVA.

Sulla dispnea.

(GOLDSCHEIDER. *Medizinische Klinik*, 22 gennaio 1932).

La dispnea è una conseguenza dell'aumentato contenuto di CO_2 nel sangue o, più in generale, di uno stato di eccessiva acidità (aumento degli H ioni) del sangue stesso; deriva da una ipereccitazione del centro respiratorio, produce maggiore eliminazione di CO_2 e maggiore assunzione di O_2.

Però come dispnea non deve intendersi solo un aumento della frequenza in- od espiratoria; oltre a questo fatto, di constatazione obbiettiva, vi è una sensazione soggettiva che può essere di varia intensità e va dalla più lieve percezione di una difficoltà respiratoria al più intenso senso di soffocazione. La componente soggettiva non è affatto in proporzione con la obbiettiva: quella può anche mancare in casi in cui questa è imponente. E una spiegazione di questa dissociazione può trovarsi nella diversa eccitabilità sensoriale e psichica individuale.

Come si produce la sensazione dispnoica? Si deve escludere che l'attività del centro respiratorio sia soggettivamente avvertibile dato che esso centro non risiede in alcuno degli organi interni sensibili: ricerche dell'A. compiute nel 1925 in collaborazione con Ioachimoglu e Rost hanno portato a riferire la soggettività del fenomeno a una sensazione muscolare. Oltre un certo limite dell'attività del centro respiratorio i muscoli respiratori non possono del tutto rilasciarsi negli abbreviati intervalli di riposo; rimane un residuo di eccitazione che porta a uno stato di contrattura tonica esteso oltre che alla muscolatura inspiratoria forse anche alla espiratoria. Si è visto sperimentalmente che questo aumento dello stato di tensione muscolare, così come l'eccitazione eccessiva dei nervi sensitivi dei muscoli, rende la respirazione difficile, in modo analogo a quanto si ha in conseguenza dell'ipertono nel movimento degli arti. Si giunge in tal modo a fenomeni dolorosi; sono questi che provocano la sensazione di dispnea e possono essere tanto intensi da indurre ad errate diagnosi di angor pectoris.

Nella respirazione normale la sazietà d'aria è in dipendenza della distensione dei muscoli respiratori e bronchiali, dell'apertura dei lumi bronchiali e del contatto della corrente d'aria colle mucose: si comprende come anche una compressione ab extrinseco possa provocare soggettivamente dispnea che in questo caso è indipendente dall'attività del centro poichè viene avvertita quando ancora il respiro non è più frequente nè più profondo che di norma.

Tale sensazione muscolare, che è la stigmata della fame d'aria, si manifesta durante la respirazione o alla fine di essa; non si può identificare col senso di soffocamento ma ha egual significato di insoddisfatto bisogno d'aria e si deve ritenere verosimile, pur non essendo ancora accertato, che intervenga anche negli spasmi dei muscoli bronchiali.

Non va però trascurato un fattore psichico della dispnea, in dipendenza di certe momentanee particolari eccitabilità dell'apparato respiratorio: vi è un *tono nervoso* variabile, vi è un aumento di eccitabilità conseguente ad un indebolimento organico temporaneo; e così si spiega perchè in certe condizioni insorgano accessi dispnoici per piccoli sforzi o per movimenti insignificanti o anche senza causa apprezzabile in soggetti che di solito possono compiere anche lunghi percorsi o fare ascensioni in montagna.

Nell'asma bronchiale l'accesso proviene da un complesso di fattori psico-affettivo-somatici; e anche nell'asma anafilattico, una volta stabilitasi l'ipersensibilità, si ha l'attacco talora per stimoli diversi dal contatto con l'allergene (raffreddamenti, strapazzi, emozioni, stato premestruale, stimoli diversi partenti da organi interni, ecc.).

Stati dispnoici si possono avere per influenza di processi a carico del tubo digerente, del peritoneo, di tutti gli organi dell'addome (asma addominale): meteorismo, obesità, tumori, epatosplenomegalie, ascite, gravidanze, affezioni addominali diverse possono, in soggetti disposti e specie se uniti a eccitazioni nervose, dare asma addominale. Analogamente si ha dispnea per eccessiva distensione gastro intestinale da eccessiva alimentazione, per stasi fecale, per occlusione. Gli stimoli provenienti dall'addome influenzano il respiro agendo sia sul diaframma (sollevamento, ostacolata attività) che per via nervosa (vago e simpatico); la provocazione dell'accesso — il quale, ad esempio, in seguito a troppa alimentazione si ha per una maggior richiesta di scambi respiratori dovuta all'iperattività cardiaca necessaria all'irrorazione dello stomaco e dell'intestino costretti a un lavoro eccessivo — spesso è però dovuta alla coesistenza di diversi fattori. Così talora coesistono enfisema e obesità, o enfisema e debolezza cardiaca, o meteorismo e sovradistensione intestinale e vescicale ecc.; si spiega così perchè ogni attività è più faticosa dopo il pasto che a digiuno.

Sotto il nome di asma dispeptico si sono riuniti stati dispnoici diversi in cui si hanno dolenzia e gonfiore di stomaco che ostacolano meccanicamente e rendono dolorosi i movimenti del diaframma; a tali sofferenze si ag-

giungono spesso dolori trafittivi al petto e al dorso, disturbi cardiaci, faticabilità e manifestazioni di astenia nervosa.

L'asma addominale e dispeptico si intrecciano spesso fra loro e coll'asma cardiaco, tanto che può essere difficile sceverare se accessi dispnoici siano provocati da causa gastrica attraverso ostacolato circolo o siano di origine cardiaco ma accompagnati da sintomatologia gastrica; può anche trattarsi di una eccitazione riflessa partente sia dal cuore che dallo stomaco come si ha nella « neurosi riflessa digestiva di Rosembach » in cui si ha senso di oppressione, fame d'aria, sofferenza cardiaca, acceleramento e irregolarità del polso, bulimia, eruttazioni, dispepsia.

Circa le sede della sensazione dispnoica si può dire che essa non è nel polmone: niente di simile si ha introducendo in questo una corrente di CO_2: non si può che ripetere quanto si è detto sopra, trattarsi cioè di una iperestesia muscolare analoga a quella che si ha in ogni muscolo non sufficientemente ossigenato, come avviene nella fatica, nelle anemie, nella debolezza generale, nella convalescenza.

Si è già accennato all'importanza dello stato del sistema nervoso: essa è tale che si può giungere alla *nevrosi dispnoica*, una condizione cioè per cui (pur essendovi una reale deficienza della ossigenazione come enfisema, cardiopatia, anemia, ecc.) può aversi lo stato dispnoico anche soltanto per l'eccitabilità psico-nervosa abnorme: ed è in questi casi che può essere di grande beneficio l'influenza sedativa psichica del medico.

Circa la natura degli stimoli psichici e nervosi questi possono essere svariatissimi: dolori, freddo, prurito, eccitazioni sessuali, movimenti affettivi, sbadiglio, singulto, riso, pianto, tosse, ecc.; a questi vanno aggiunti tutti gli stimoli provenienti dagli organi della vita vegetativa attraverso la sensibilità profonda.

Secondo Gollwitzer-Meier l'asma parossistico interviene particolarmente in quelle malattie che richiedono un aumento di lavoro del ventricolo sinistro (ipertensione, insufficienza aortica); l'accesso asmatico intervenente nel sonno sarebbe dovuto a un ulteriore sforzo richiesto al v. s. da bruschi passaggi di liquidi dagli interstizi dei tessuti al sangue o da improvvisi aumenti di pressione.

L'A. obbietta che il numero degli asmatici è molto scarso in confronto a quello degli ipertesi e che dispnea si ha anche nella insufficienza mitralica; vi deve essere qualche altro fattore dispnoizzante che si deve sopratutto ricercare in eccessi dietetici compiuti avanti il sonno, nel decubito supino che aumenta lo afflusso di sangue al cuore, in eccitazioni portate da stati ansiosi e nel ritorno di impressioni e di turbe psichiche avvenute durante il giorno.

Non si può ritenere nemmeno che negli ipertesi si abbiano brusche ischemie da angiospasmo del centro respiratorio: sarebbe voler accentrare troppo la patogenesi in un unico punto. La dispnea non può non ritenersi legata a tutti i fattori sopra esposti che possono variamente intrecciarsi e sovrapporsi fino a costituire spesso dei veri e propri circoli viziosi patologici. M. PISA.

L'ATTUALITÀ TERAPEUTICA

La malarizzazione cerebrale.

(M. DUGOSTÉ. *Bull. de l'Acad. de Méd.*, 12 aprile 1932).

Dopo le prime guarigioni ottenute nel 1918 da Wagner v. Jauregg, la malarioterapia, trattamento di scelta della paralisi progressiva, è stata l'oggetto di innumerevoli pubblicazioni, tutte più o meno favorevoli.

Purtuttavia, da qualche tempo, critiche numerose sono sorte sul valore e sulla durata delle guarigioni o delle remissioni ottenute con il metodo di Jauregg e molti dei suoi partigiani più convinti inclinano attualmente a credere che esso non costituisca altro che il periodo preparatorio ad una chemioterapia intensiva che deve essere poi perseguita per degli anni.

Certo non si può negare che la malaria provocata si accompagna, in un quarto dei casi circa, ad una azione benefica profonda sul cervello dei paralitici, fatto provato dalle osservazioni cliniche e dai dati anatomo-patologici.

Ma quest'azione è incerta, imprevedibile ed il suo meccanismo è rimasto sinora misterioso: Jauregg crede che la malaria inoculata nel sangue abbia un'azione elettiva sui centri nervosi ed i suoi allievi hanno mostrato sperimentalmente che il liquido cefalo-rachidiano dei paralitici malarizzati distrugge e discioglie rapidamente le spirochete. L'A., che ha fatto molte ricerche di controllo in proposito, non può confermare il fatto avendo avuto risultati negativi.

Basandosi su queste considerazioni l'A. ha voluto tentare l'inoculazione diretta del sangue malarico nell'encefalo, sia nella sostanza bianca che nei ventricoli, sperando così di sfuggire alle alee della inoculazione periferica e far beneficiare quanto più possibile i malati dell'azione, evidente in alcuni casi, della malaria sul cervello.

Queste inoculazioni nella sostanza bianca o nei ventricoli, sono, contrariamente a quanto comunemente si crede, completamente inoffensive. Si tratta di iniettare nella sostanza bianca dei lobi frontali, destro o sinistro, da 2 a 5 cmc. di sangue malarico citratato. L'intervento non è accompagnato nè da dolore nè da *choc*: nessuna precauzione postoperatoria

è da prendere; non si osservano mai, come sequele delle complicazioni o incidenti inquietanti, nè mai dei disturbi motori, sensitivi o intellettuali sovrapposti.

La malarioterapia cerebrale può praticarsi *d'emblée* su paralitici che non sono mai stati malarizzati oppure costituire una supermalarizzazione in pazienti che sono contemporaneamente, o prima o dopo sottoposti all'inoculazione classica: molti soggetti che da quest'ultima avevano ricevuto dubbi benefici, sono nettamente migliorati quando sottoposti alla malarizzazione cerebrale.

Questa provoca degli accessi febbrili comuni; l'incubazione è in media di otto giorni; la febbre ha un tracciato irregolare, spesso sparisce dopo due o tre attacchi senza che si sia usato il chinino, più frequentemente si hanno da 10 a 15 accessi; la febbre sparisce poi sempre spontaneamente.

La malarizzazione cerebrale è meglio sopportata che quella semplice: gli accidenti epatici o splenici sono rari, le complicazioni cardiache eccezionali, e così i disturbi gastro-intestinali. La mortalità è molto inferiore a quella della malarizzazione classica: 1.4 %.

Lo stato generale dei paralitici è da essa sempre favorevolmente influenzato: nell'8 % dei casi le reazioni umorali diventano tutte negative, nel sangue e nel *liquor;* in generale esse migliorano semplicemente.

Per quanto concerne lo stato mentale, i risultati sono particolarmente brillanti nei pazienti che sono presi all'inizio della malattia: per i più avanzati, la malattia è arrestata nel suo decorso, stabilizzata; questi formano il 31,4 % della statistica degli AA.

In altri (45,7 % dei casi) si ha un miglioramento notevole: i pazienti hanno potuto riprendere le loro occupazioni, il loro stato generale è nettamente migliorato, conservano un po' di euforia e per quanto elaborino talvolta dei progetti chimerici, pure non emettono alcuna idea delirante: molti di questi casi corrispondono alle guarigioni della malarioterapia classica.

Altri pazienti invece, in proporzione minore (del 21,4 %) sembrano completamente, perfettamente guariti: si può dire di essi che la paralisi progressiva non è più che un ricordo. Questi soggetti psichicamente sono intatti; ma conservano alcuni segni neurologici della malattia: ineguaglianza pupillare, Argyll-Robertson, leggera disartria, vivacità della riflessibilità tendinea; le loro reazioni umorali nel liquido restano generalmente positive ma diminuite d'intensità.

Si può obiettare al metodo dell'A. che esso non sia altro che una malarizzazione sanguigna ottenuta per via diversa dalla normale: e ciò sarebbe confermato dai caratteri della malaria così provocata che sono identici a quelli della forma comune.

Ma può anche darsi, che contemporaneamente all'infezione malarica in generale sia in evoluzione un processo specificamente encefalico, come lo mostrerebbero i risultati clinici, la piccola partecipazione dello stato generale e alcune *nuances* sintomatiche.

È ad ogni modo un metodo ancora da studiare e che non merita di essere abbandonato.

G. LA CAVA.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

M. THOREK. *Surgical errors and safeguards.* Vol. di pag. 696 con 668 illustrazioni. Edit. Lippincott Comp., Filadelfia, 1932.

Il Thorek dice nella sua prefazione che ha scritto il libro con l'intendimento di insegnare al chirurgo meno esperimentato ciò che non si deve fare e specialmente il modo di evitare complicazioni ed errori di tecnica e il modo di comportarsi in circostanze anormali in cui possa venire a trovarsi nel corso di un intervento chirurgico.

Solo una estesa pratica chirurgica, come quella dell'A., poteva dar veramente valore a un libro scritto con questo proposito e che interessa tutti i campi della chirurgia generale.

Naturalmente non si poteva dire solo ciò che non si deve fare; occorre completare l'insegnamento indicando come si debba fare per operare esattamente e senza errori. Per tale ragione ne viene un doppio pregio alla trattazione: quello di insegnare bene e di rendere attenti agli errori; il che non è comune ai trattati.

La trattazione è fatta in modo sistematico per ogni singola parte del corpo, corredata da numerose figure e scritta in uno stile piano ed efficace che non stanca il lettore nè lo distoglie dall'interesse delle cose dette. In ogni capitolo la maggiore estensione è data alla diagnosi differenziale, agli errori diagnostici, alla cura operativa sia all'atto operativo per sè stesso che alla scelta del metodo e alla cura postoperativa.

Il libro del Thorek ha avuto già una larga diffusione in America e non mancherà certamente di interessare tutti i chirurgi per l'importanza pratica dei suoi insegnamenti.

R. ALESSANDRI.

MANUEL BASTOS AUSART. *Tratado de Patologia Quirúrgica general.* Barcelona, Edizione Labor, 1932.

Il *Trattato di Patologia Chirurgica Generale* del prof. Manuel Bastos Ausart si presenta in ottima veste tipografica e con 475 illustrazioni molto nitide che danno, con precisione, nozione esatta delle affezioni.

Prima di iniziare il trattamento dei singoli capitoli l'A. parla in generale su i criteri da seguirsi in chirurgia e in Patologia Chirurgica, passa quindi a trattare, dell'evoluzione,

della storia, dei fondamenti attuali e futuri della Chirurgia e conclude, affermando che « lo Spirito chirurgico non si separerà dalla Medicina, mentre si libererà di tutti i residui della mentalità primitiva, mistica e irrazionale ».

Il Trattato consta di 4 parti: Traumatismi, Infezioni, Distrofie, Tumori.

Nella prima parte, Traumatismi, si occupa anzitutto delle ferite e dei diversi processi di cicatrizzazione. Importanti sono i capitoli sulle Congelazioni e sulle Ustioni e di grande interesse sono le considerazioni sulle complicazioni e gli esiti dei traumi.

Le Infezioni, trattate in generale e in particolare dimostrano la competenza dell'A. nella Batteriologia. Di grande interesse sono i capitoli su i Granulomi in genere e sulle Linfogranulomatosi.

Nell'esposizione delle Distrofie Chirurgiche non poco importanti sono le discussioni sulle distrofie ossee e artropatie degenerative.

Parlando dei tumori l'A. dimostra la sua piena padronanza dell'argomento, essendo a conoscenza di tutte le ricerche e di tutti gli studi atttuali.

Ogni capitolo è corredato da una estesa bibliografia nazionale ed estera.

In tutta l'opera, tra le singole parti, si rileva un giusto equilibrio nella esposizione.

T. LAURENTI.

IGIENE.

La lotta contro le mosche.

Una recente circolare del Ministero dell'Interno, Direzione Generale della Sanità pubblica (1), ha richiamato l'attenzione dei Prefetti sull'opportunità di intensificare la *lotta contro le mosche* prima dell'inizio della stagione calda, particolarmente in rapporto alla profilassi della febbre tifoide e delle altre infezioni intestinali. Per quanto l'argomento sia stato già trattato illustrando le disposizioni della legge 29 marzo 1928, n. 858 e delle relative norme esecutive approvate con decreto del Capo del Governo 20 maggio 1928 (2), non crediamo inutile ritornarvi sopra in considerazione della sua importanza ed anche perchè, dopo tre anni dall'emanazione della provvida legge, l'esperienza ha dimostrato che la sua applicazione trova tuttora qualche difficoltà.

Se infatti nei maggiori centri abitati, dotati di servizi d'igiene e nettezza urbana bene organizzati, l'esecuzione della lotta contro le mosche si è ottenuta con una razionale estensione ed intensificazione di tali servizi, adattandoli convenientemente al nuovo scopo di raggiungere, in alcuni Comuni rurali la mancanza di favorevoli condizioni preesistenti può avere ostacolato notevolmente l'efficace attuazione delle provvidenze prescritte dal citato decreto. Tuttavia i tangibili resultati che la lotta contro le mosche ha dato, dove è stata bene organizzata, devono indurre gli ufficiali sanitari dei Comuni nei quali essa presenta ancora delle deficienze, ad insistere, con fede di apostoli e con la sicurezza degli uomini di scienza, per ottenere dalle Amministrazioni l'applicazione della misure di legge, e dal pubblico la collaborazione che è elemento indispensabile di tale applicazione.

Vi sono centri abitati e note stazioni climatiche e di cura dove la lotta sistematica ha avuto effetti tali che il loro aspetto è trasformato e non è rimasto ormai che il ricordo della tortura delle mosche, che, col loro molesto ronzio e col loro sudicio contatto, durante i pasti, nei momenti di riposo, e in ogni ambiente pubblico e privato, perseguitavano e tormentavano l'ospite desideroso di quiete. Ma oltre a questi effetti più facilmente apprezzabili dal profano, in alcuni luoghi è stato rilevato un abbassamento della morbilità per infezioni tifiche e paratifiche e per le affezioni intestinali acute, specialmente dell'infanzia, fenomeno il quale, se può attribuirsi alle periodiche variazioni d'intensità del cosidetto genio epidemico, non è da escludersi sia dovuto, almeno in parte, alla notevole diminuzione di quei numerosissimi veicoli di contagio, che sono rappresentati dalle mosche. Una efficacie lotta contro questi insetti può quindi incidere

(1) Policl., Sez. prat., n. 18 del 2-V-1932.
(2) Policl., Sez. prat., n. 5 del 3-II-1930.

sensibilmente sulle condizioni sanitarie dei centri abitati ed acquistare perciò oltre un significato igienico, anche un valore economico, in quanto, facendo risparmiare spese ragguardevoli di assistenza, di medicinali e di spedalità, diventa per le pubbliche amministrazioni una buona speculazione, la quale compensa, ad usura, le spese sostenute per la sua organizzazione.

Tenendo presenti le condizioni dell'igiene dell'abitato nei Comuni rurali, esaminiamo brevemente in che modo sia possibile istituirvi la lotta contro le mosche. I mezzi di lotta sono essenzialmente di due ordini, gli uni diretti contro gli *insetti adulti*, gli altri contro gli *insetti durante le loro fasi di sviluppo*. Diciamo subito che in questo, come in molti altri casi, è assai più utile prevenire che reprimere. Sono di gran lunga più efficaci i metodi che mirano ad impedire o almeno ad ostacolare lo sviluppo delle mosche, che quelli destinati semplicemente ad evitarne la penetrazione nelle abitazioni od il contatto colle sostanze alimentari, ed anche a ucciderle. Questi ultimi non possono avere che un effetto integrativo dei primi e sempre circoscritto alla difesa di particolari obbiettivi o di ambienti limitati.

Inoltre i sistemi preventivi sono di carattere generale e si prestano all'organizzazione di un pubblico servizio; i mezzi repressivi invece hanno applicazione preferibilmente domestica. È intuitivo che quanto più intensamente ostacoleremo lo sviluppo delle mosche nell'ambito del centro abitato, tanto minore sarà il numero degli insetti adulti, e tanto più facile riescirà impedire che i pochi individui che hanno raggiunto questo stadio di vita, entrino nelle nostre case e contaminino i nostri alimenti. Se viceversa le mosche si moltiplicheranno a milioni, sarà quasi impossibile salvarsi dal loro contatto coll'applicazione delle difese meccaniche o chimiche. Per diminuire il numero delle mosche occorre dunque impedire lo sviluppo delle uova e delle larve facendo in modo che vengano a mancare le condizioni necessarie a tale sviluppo. Sappiamo che le uova hanno bisogno di esser deposte su materiali costituiti da sostanze organiche in presenza di umidità, rappresentate praticamente da letame di stalla, immondizie domestiche, residui industriali (fabbriche di conserve alimentari, caseifici, zuccherifici, ecc.), residui dei mercati e macelli, biancherie sporche, avanzi alimentari, feci umane e animali; materiali tutti che esercitano una forte attrazione sulle mosche. Basta questa enumerazione per far comprendere la necessità di eliminare qualsiasi accumulo di rifiuti all'aperto od in luoghi accessibili alle mosche, affinchè essi non diventino altrettanti focolai di riproduzione dell'insetto. Ciò si ottiene mediante l'adozione di concimaie costruite a regola d'arte e coperte, di latrine igieniche e mantenute pulite, di recipienti impermeabili e chiusi per la raccolta delle immondizie domestiche, e di analoghe provvidenze, le quali, è doveroso riconoscerlo, in molte circostanze sono più facili a consigliarsi che a mettersi in pratica.

In questi casi però possiamo agevolare e completare la lotta ricorrendo all'azione di *prodotti chimici che uccidano le mosche* ogni volta che si affollano in determinati luoghi per alimentarsi o per deporre le uova. Fra i vari metodi proposti a tale scopo, ha dato i migliori resultati quello ideato da un entomologo italiano, Antonio Berlese, che consiste nell'uccidere le mosche nei loro punti di raccolta attirandole con sostanze zuccherine (melasse) mescolate in debita proporzione con un potente veleno (arsenico). Il preparato moschicida deve essere periodicamente spruzzato su tutti i cumuli di letame, di immondizie e di altri rifiuti organici, sui pavimenti delle stalle, dei mercati, dei caseifici, delle latrine, attorno ai fossi di scolo delle acque di rifiuto e dovunque le mosche vadano abitualmente a raccogliersi; è opportuno perciò predisporre del materiale irrorato col veleno (piante, frasche, ecc.) anche all'aperto nei luoghi di passaggio obbligato degli insetti, o negli ambienti da difendere (camere di abitazione, stalle, porcili, pollai, macelli, latrine pubbliche, ecc.). L'esecuzione delle operazioni di demuscazione, cioè la ripetizione delle irrorazioni moschicide ed il collocamento e la rinnovazione del materiale avvelenato, può essere affidata ad una o più persone, intelligenti e scrupolose, debitamente istruite dall'ufficiale sanitario. Lo stesso personale dovrà vigilare sullo stato di manutenzione degli spacci di generi alimentari, dei pubblici ritrovi, delle abitazioni dei malati, in riguardo così alla pulizia (raccolta e smaltimento dei rifiuti), come all'applicazione dei mezzi moschicidi propriamente detti. Fra questi potranno trovare utile impiego, in locali suscettibili di buona chiusura, anche le polverizzazioni dei vari liquidi o polveri moschicide che offre il commercio, nonchè l'uso di reticelle, moscaiole, vetrine e simili dispositivi di protezione. Ma teniamo sempre presente che la *pulizia*, cioè la sollecita e rigorosa eliminazione di tutti i rifiuti di natura organica, è sempre il presupposto secondario di qualsiasi mezzo di lotta contro le mosche.

Colla più assidua *propaganda per la pulizia* della casa, delle sue adiacenze e degli oggetti di uso domestico, delle botteghe, degli spacci e dei pubblici locali, l'ufficiale sanitario dovrà integrare l'opera propria per la lotta contro le mosche, non dimenticando, fra gli ambienti ove questa propaganda può svolgersi con maggiore successo, oltre che nelle famiglie, quelli della scuola, dei Balilla e del Dopolavoro.

A. Franchetti.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Federazione Nazionale Fascista per la lotta contro la Tubercolosi.

Sezione del Lazio.

Seduta del 13 aprile 1932.

Presidente: on. prof. E. MORELLI.

Sulla biologia di un bacillo tubercolare avirulento.

Prof. V. PUNTONI e dott. M. SABATUCCI. — Dopo aver ammessa la necessità di rivolgersi nel campo profilattico tubercolare a vaccini viventi per ottenere un'immunità duratura, affermano l'importanza delle ricerche che tendono ad abolire sensibilmente la virulenza dei bacilli tubercolari sì da renderli atti a determinare nell'organismo focolai latenti o localizzati e duraturi, senza potere invasivo. La perdita del potere di causare la tubercolosi generalizzata è un fatto bene accertato per alcuni stipiti tubercolari, dei quali il più noto è il BCG. di Calmette e il più avirulento è il Valliè (ceppo equino). Gli OO. desiderano in questa loro comunicazione illustrare le caratteristiche biologiche di uno stipite tubercolare umano designato per brevità con la siglia T.P. (tubercolare Puntoni) già annunziato in precedenti pubblicazioni del Puntoni e di Luzzatto-Fegiz che appartiene alla vecchia collezione batteriologica dell'Istituto d'Igiene ed è divenuto stabilmente avirulento. Tale ceppo inoculato sotto cute nelle cavie alla dose di 10 milligrammi produce solo un ascesso locale senza alcuna tendenza invasiva neppure nei linfatici locali e che regredisce dopo un lungo periodo fino a completa guarigione. L'inoculazione di fortissima quantità nel peritoneo di cavie può determinare la morte in 10-15 giorni; ma se la dose si limita a 1-2 milligrammi si ha un'essudazione liquida, mentre l'omento compie un vero rastrellamento della cavità addominale, catturando un gran numero di germi e ritirandosi a guisa di un cordone lungo il margine anteriore del fegato dove si costituiscono noduli ascessuali, i quali pure finiscono per regredire, senza traccia di lesioni diffusive.

L'inoculazione endocardiaca di 5 milligrammi non produce la morte, ma i bacilli vengono trattenuti dalla milza che diventa enorme (30-40 volte il volume normale) e presenta qualche nodulo grigio, come pure il polmone ed il fegato. Successivamente poi tutto rientra nella norma.

Nel coniglio le iniezioni sottocutanee provocano ascessi locali di lieve entità e guaribili. Le endovenose sono mal sopportate e gli animali possono soccombere per dosi di 10 milligrammi con fenomeni tossici. Gli stessi fatti si hanno nel pollo.

Gli OO. si sono prima posti il quesito di una possibile virulentazione del ceppo studiato. Nelle prime ricerche di inoculazione in cavie del pus prelevato da una prima serie di animali si osservò il riassorbimento spontaneo e rapido del materiale reinoculato; in ricerche successive si procedette all'inoculazione in peritoneo di cavie e al recupero del T.P. in cultura che veniva inoculata in altre cavie e così via. Si ottenne anche per questa via una regressione spontanea delle lesioni, con esaurimento del ceppo batterico.

Si deve quindi convenire che la perdita della virulenza del ceppo T.P. è stabile e definitiva. Sarebbe però interessante l'iniziare tentativi di vaccinazione nei bovini.

Si apre la discussione.

Prof. F. BOCCHETTI. — La chiarezza e la competenza con cui il prof. Puntoni ha esposto l'argomento sono tali da dispensare tutti dal prendere la parola; ma l'O. crede opportuno e doveroso ricordare che esperienze simili sono state fatte e recentemente pubblicate dai professori Ilvento e Maggiora che ugualmente si sono imbattuti (è questa la parola più aderente al caso) in una cultura di bacillo tubercolare di scarso potere patogeno e con caratteri tali di fissità da far credere ad una mutazione stabile raggiunta.

Che la possibilità di provocare un movimento immunitario sia legata soltanto all'uso di bacilli vivi, virulenti ed omologhi, l'O. sostiene che è opinione non condivisa da moltissimi insigni ricercatori che riescono ugualmente a provocarla con bacilli morti.

In quanto poi all'affermazione che il vaccino B.C.G. non possa riacquistare la virulenza, l'O. ricorda che lo stesso Calmette ritiene che ciò possa verificarsi « se intervengono artifizi di laboratorio ».

L'O. termina colla speranza che il prof. Puntoni possa trarre dalle sue ricerche conclusioni nuove e sopratutto utili ai fini della lotta contro la tubercolosi.

Prof. E. MORELLI. — Spera di poter mettere nel futuro a disposizione del collega Puntoni animali di grossa taglia per le sue esperienze. Osserva però che gli animali di laboratorio (cavie, conigli), vivono pochi anni e quindi non si può sorvegliare molto a lungo l'andamento della malattia e dell'immunità, nè trasportare i risultati ottenuti in essi alla specie umana. Si richiama a quanto ha già affermato 2 anni fa alla conferenza di Calò cioè che un focolaio tubercolare sovente non immunizza ma sensibilizza l'organismo e favorisce nuove manifestazioni della malattia. Una localizzazione tubercolare guarita anzichè dare tranquillità al medico spesso dà timore di una ripetizione a distanza di tempo. E poichè nessuna vaccinazione ha l'efficacia di una malattia pregressa e guarita, nasce il dubbio che il vaccino con germi viventi non solo non riesca ad immunizzare, ma possa in epoca più o meno tardiva sensibilizzare l'organismo verso la tubercolosi.

Ricorda pure che nell'esperienze di Calmette il bambino è levato dall'ambiente infetto per tutto il tempo in cui la mucosa intestinale è fortemente permeabile ai bacilli. È presumibile quindi che si attribuisca alla vaccinazione quanto spetta all'isolamento del bimbo.

PUNTONI. — Al prof. Bocchetti risponde che è bensì vero che i bac. morti possono determinare un movimento immunitario ed anche allergico, ma di durata non lunga, mentre invece le immunizzazioni con bac. viventi garantiscono immunità ed allergia più lunghe.

Per quanto riguarda la rivirulentazione del B. C. G. e del Vallée avirulento, dichiara di non conoscere metodi che permettano di rivirulentare questi microbi e ritiene non attendibili le isolate comunicazioni in proposito, non confermate successivamente.

Infine per il contributo allo stesso argomento di Maggiora ed Ilvento, fa osservare di aver già dichiarato di omettere la bibliografia, che è completamente esposta nella sua relazione presentata al Congresso di Milano.

Conviene col prof. Morelli che il vero punto debole della vaccinazione antitubercolare è la sua effimera durata.

In merito al 2° punto, che cioè la tubercolosi

non dà immunità ma predisposizione, conviene sul fatto che nè un processo tubercolare, nè una qualsiasi vaccinazione sono al caso di produrre immunità propriamente detta. La tubercolosi è infatti una malattia che dal punto di vista biologico si ravvicina a certe affezioni protozoarie per le quali esiste lo stato di premunizione verso le reinfezioni esogene, quando esistano germi latenti nell'organismo.

Ma poichè i germi naturalmente latenti nell'organismo possono recare in sè stessi l'insidia di una futura reinfezione endogena, così è logico il concetto di provocare la premunizione con germi incapaci di potere patogeno.

Il pneumoperitoneo come trattamento della tubercolosi intestinale. Nota preventiva.

Dott. Vincenzo Monaldi. — L'O. sta trattando con pneumoperitoneo cinque soggetti affetti da tubercolosi intestinale diffusa secondaria a tubercolosi polmonare.

In tutti e cinque la diagnosi di tubercolosi intestinale fu posta clinicamente, in tre fu confermato radiologicamente, in uno venuto a morte per emottisi fu constatata al tavolo anatomico, in quattro l'esame batteriologico delle feci fu positivo per il bacillo di Koch.

In quattro la fenomenologia clinica risaliva da un minimo di 6 mesi a un massimo di 1 anno e mezzo, ma in uno era recente, datando da circa un mese.

In tutti le condizioni generali erano assai scadenti, più di quello che comportassero le condizioni dell'apparato respiratorio; la temperatura irregolarmente febbrile con andamento diverso per acuzie e per il tempo di comparsa di quello antecedente alla sintomatologia intestinale l'alimentazione si effettuava male per la dispepsia gastrica progressiva: le funzioni intestinali irregolari, in tre casi con diarrea profusa (cinque-sei scariche giornaliere semiliquide) alternate con periodi di stipsi ostinata, in due con diarrea continua. In tutti esistevano nelle feci muco-pus e sangue. Tutti avevano dolori addominali diffusi, a prevalenza a livello della fossa ileo-cecale, dolori che si esacerbavano dopo ingestione di alimenti e con la defecazione, si attenuavano col digiuno. Il pneumoperitoneo fu praticato con la seguente tecnica: al soggetto digiuno, previa anestesia novocainica locale nel quadrante addominale inferiore sinistro con ago-cannula veniva insufflato nel cavo peritoneale ossigeno in quantità variabile da un minimo di 300 a un massimo di 600 cmc., usando l'apparecchio da pneumotorace Forlanini. I rifornimenti venivano ripetuti con intervalli variabili da due a otto giorni.

Nei riguardi della tecnica sono di guida la sensazione subiettiva del soggetto, il senso di cuscinetto dell'addome, il timpanismo alla percussione, la scomparsa di ottusità epatica. Di scarso aiuto è il manometro che specialmente all'inizio non dà alcun ragguaglio; per lo più dopo introduzione di 300-400 cmc., di gas si hanno oscillazioni respiratorie che sono sempre intorno ai primi valori positivi e che aumentano nell'inspirazione.

Il pneumoperitoneo, provoca alcuni disturbi che nei nostri soggetti si possono riassumere in senso di tensione addominale, difficoltà respiratoria e dolori.

Il senso di tensione addominale scompare d'ordinario dopo qualche ora dall'introduzione di gas e può anche non essere avvertito, se la quantità introdotta si aggira tra 300-400 cmc. la difficoltà respiratoria è dovuta al sollevamento e alla limitazione di funzione del diaframma; questo disturbo si va attenuando non solo con l'allontanarsi dai rifornimenti ma anche in proseguio del trattamento forse per l'adattamento funzionale dovuto a probabili modificazioni della meccanica toraco-addominale.

L'O. ha rilevato due tipi di dolore, uno localizzato ai quadranti inferiori dell'addome e irradiantesi lungo gli arti inferiori, uno localizzato agli ipocondri e irradiantesi verso l'alto; il primo si è avuto in un solo soggetto.

Il secondo tipo, osservato negli altri quattro soggetti, era a carattere tensivo e si accentuava con la respirazione profonda. Rialzando la sponda inferiore del letto e ponendo il tronco del paziente in un piano orizzontale si attenuava fortemente e alcune volte si eliminava del tutto. In ogni caso tanto il primo che il secondo tipo R. si esacerbavano subito, dopo i rifornimenti e in due sono scomparsi tra il 4° e 6° rifornimento.

Circa i risultati curativi si è in grado di fare i seguenti rilievi: in due soggetti si è avuta la scomparsa completa di tutta la fenomenologia clinica, non si sono più avute turbe gastriche, sono migliorate sensibilmente le condizioni generali, fin dalle prime introduzioni sono scomparsi definitivamente i dolori e la diarrea.

In due si sono regolate completamente le funzioni gastro-intestinali, i dolori si sono attenuati, ma non sono mai scomparsi, in uno, mentre prima del trattamento erano diffusi a tutto l'addome, dopo le prime introduzioni si sono localizzati al quadrante ileo-cecale.

In uno e propriamente nel caso in cui la fenomenologia clinica era recente, si è avuto solo remissione della diarrea e dei dolori.

Da notare che in tre casi è scomparsa totalmente la dispepsia gastrica, l'appetito è divenuto eccellente, l'alimentazione si è effettuata in modo regolare, lo stato di nutrizione è sensibilmente migliorato.

Negli stessi tre soggetti la temperatura si è modificata abbassandosi notevolmente e assumendo il tipo etico intermittente al mattino e con rialzi pomeridiani riferibili allo stato delle lesioni polmonari.

I risultati ottenuti non si scostano sensibilmente da quelli comunicati da Banyai in America che con il pneumoperitoneo trattò 44 casi, ottenendo la cessazione di tutti i sintomi nel 32 %, la cessazione della diarrea nel 12 %, riduzione di tutti i sintomi al 23 %.

Circa il meccanismo d'azione sono stati invocati lo stimolo clinico dell'ossigeno, l'aumentata pressione intraddominale, l'iperemia del peritoneo e della sierosa intestinale.

Queste prime osservazioni non consentono per ora di avanzare delle ipotesi, l'O. ritiene però non si possa escludere un'azione meccanica. Il gas introdotto nel cavo addominale tende a portarsi verso l'alto allontanando a seconda delle posizioni assunte dal soggetto il diaframma o la parete addominale dai visceri.

Tale interpretazione, secondo le concezioni del prof. Morelli, dovrà necessariamente attutire le ripercussioni del moto respiratorio sull'attività motoria e secretrice dell'intestino, così come il gas immesso nel cavo pleurico attutisce sul polmone le ripercussioni del movimento toraco-diaframmatico.

Prof. E. Morelli. — Trova interessanti i primi risultati del Monaldi e fa seguire alcuni consigli.

A. Omodei-Zorini.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

DALLA PRATICA CORRENTE.

Intorno ad un caso di embolismo della succlavia sinistra.

Dott. ROSARIO SATULLO (Roma).

Mi accingo a pubblicare il presente caso di embolismo della succlavia sinistra perchè lo credo un caso rarissimo, se non unico del genere. Infatti non esistono, ch'io mi sappia, pubblicazioni di casi simili; perciò queste modeste considerazioni sono desunte dallo studio del caso clinico e dall'osservazione pratica.

La mattina del 16 agosto u. s. fui chiamato d'urgenza in Moncenisio (Torino) al Grande Albergo della Posta perchè un signore che vi si trovava a villeggiare stava male (1).

Credo opportuno riportare in sintesi la sua storia clinica.

C. A., di anni 50, ingegnere navale, da Genova, sposato, con 5 figli tutti sani e robusti. Precedenti ereditari negativi. Fino all'età di 30 anni abusò di vino e liquori e fumò assai del tabacco; godette sempre ottima salute. Dopo i 30 anni cominciò a soffrire lieve affanno, saltuariamente scotomi, lievi vertigini e lipotimie. Circa 6 anni addietro fu colpito improvvisamente da emiparesi a sinistra; emiparesi che sparì subito dopo pochi giorni senza lasciare postumi di sorta, tanto che l'ammalato potè riprendere le sue ordinarie occupazioni professionali e famigliari.

Tale disturbo lo impressionò assai per cui si rivolse al prof. Murri per essere visitato; l'illustre clinico lo trovò affetto da cardiopatia e gli dettò la cura e le norme igieniche dietetiche del caso.

Circa tre anni addietro fu colpito nuovamente da emiparesi sinistra, la quale, dopo poche settimane, scomparve completamente; persistette però paresi del facciale. Per altro stava bene ed accudiva, come sempre, ad i suoi impegni personali senza limitazione di sorta.

Nell'agosto del 1931 si è recato a villeggiare con tutta la sua famiglia a Moncenisio; il 15 agosto, in compagnia di altri villeggianti, si è portato sulla vetta del piccolo Moncenisio (3000 metri circa).

La sera giocò a bigliardo fino a mezzanotte; andato a letto verso le ore una, dormì regolarmente. La mattina, improvvisamente, sentì come un colpo di frusta all'arto superiore sinistro, forte formicolio e come delle punture dolorose. Si avvide, poco dopo, che l'arto diveniva come pesante, impallidiva, diveniva insensibile, con assoluta impotenza funzionale.

Esame obbiettivo. — Individuo di costituzione robusta, con pannicolo adiposo abbondante, massa muscolare molto sviluppata; colorito della faccia pallido, delle mucose labiali cianotico. Niente edemi, niente ghiandole. Polmoni normali. Gli organi della cavità addominale allo stato fisiologico. All'esame del cuore si nota aumento dell'aia dell'ottusità in toto, in ispecial modo nel diametro verticale per ipertrofia del ventricolo sinistro; ascoltasi un rumore diastolico-sistolico sul focolaio aortico e sullo sterno; primo tono mitralico soffiante, accentuazione del secondo tono sulla polmonare. Il polso dell'arteria radiale destra è alquanto forte, celere, un po' teso, aritmico. L'arteria temporale è visibile, alquanto serpiginosa. L'arto superiore sinistro è lievemente edematoso, pallido, freddo; appare come strozzato da un cingolo alla sua radice. Sensibilità dolorifica, tattile, termica, quasi abolita. Non si sente pulsare nè l'arteria radiale, nè la cubitale, nè l'omerale.

Temperatura normale, urine di alto peso specifico, cariche di albumine; niente zucchero.

(1) In quell'epoca mi trovavo a Moncenisio sottotenente medico di complemento, al distaccamento del 91° fanteria con funzioni di medico presidiario.

Questo, in breve, il quadro clinico osservato la cui particolarità consiste nell'anemia assoluta improvvisa, nello stato di sincope locale duratura in cui trovasi tutto l'arto superiore sinistro, dovuto sicuramente alla mancanza assoluta di apporto di sangue circolante. Quale la causa che lo ha provocato e lo mantiene? Di che cosa si tratta?

Si tratta di una gancrena spontanea, la cosidetta malattia di Raynaud? Se, a prima vista, si può pensare a tale forma fermandovisi un po' l'attenzione bisogna escluderla. Nel morbo di Raynaud, infatti, il processo morboso primario consiste in una speciale atrofia e raggrinzamento della pelle del connettivo. La costrizione vasale che ne risulta conduce all'anemia e alla necrosi. Spesso è simmetrica, ricorre ad accessi che, alle volte, si succedono uno dopo l'altro prolungandosi così il decorso totale per anni, unito a disturbi generali gravi (Strumpell).

Nel caso in esame, invece, il quadro si è determinato in pieno benessere, improvvisamente, senza atrofia della pelle nè raggrinzamento del connettivo, nell'assenza assoluta di disturbi nervosi poichè il paziente, all'infuori dei sintomi locali, è completamente sereno, in piena euforia, senza il menomo disturbo dello stato generale.

È da escludersi anche che si possa trattare di acroparestesia il cui sintomo principale consiste in sensazioni sgradevoli e, spesso, molto dolorose, quasi costanti, localizzate alla punta (ἄκρα) dell'estremità, nelle mani, alla punta delle dita, ai piedi e nelle dita dei piedi. Nella sindrome in parola le parti dolenti sono più fredde e più cianotiche; qualche volta sono caldissime al tatto e con abbondante secrezione di sudore. Ha per etiologia perfregerazio-

ni pregresse che hanno agito sulle mani e sui piedi tanto che ne vengono colpiti, di preferenza, le lavandaie e i cuochi. Nel paziente in esame, invece, non esiste il momento etiologico (perfrigerazione), soffre tutto l'arto che è freddo, pallido, edematoso: le dita della mano in flessione forzata non sono più dolenti della mano stessa e dell'intiero arto; la sindrome si è determinata improvvisamente.

Possiamo escludere senz'altro l'acrocianosi consistente in cianosi, raffreddamento, disturbi vasotrofici dell'estremità. Ha decorso lento e progressivo con inizio nell'infanzia; sono colpite le estremità simmetricamente e spesso le mani fino al terzo medio dell'avambraccio (Lavani, *Revue de Médecine*).

Diventa pure difficile la diagnosi dell'affezione suddescritta facendola derivare da arteriosclerosi o da ateromasia dell'arteria dell'arto, per quanto, a prima vista, sembrerebbe che la sintomatologia vi si possa adattare.

L'età del paziente infatti (50 anni), la vita di lavoro, l'alcoolismo, il tabagismo, la palpazione delle arterie, l'ingrandimento dell'aia cardiaca, il rumore diastolico-sistolico sul focolaio aortico, i disturbi sofferti del circolo cerebrale (vertigini, scotomi) paresi, paralisi, il rene compromesso, sono sintomi importanti dell'arteriosclerosi.

Invero, l'arteriosclerosi degli arti può dare l'ipotrofia o l'atrofia delle ossa, dei muscoli e della pelle, talvolta acroparestesia, claudizione intermittente, ischemia, polineurite, gangrena senile. Può dare, qualche volta, la gangrena dell'estremità, ma delle parti distali di esse per spasmo o endoarterite obliterante delle arterie capillari. La gangrena può anche comparire in un segmento di un arto o in un intero arto. Ma questo episodio può verificarsi in un arteriosclerotico diabetico o come complicazioni di malattie infettive o in presenza di lue.

Nel nostro infermo, però, manca il diabete, non esiste sifilide (per quest'ultima furono fatti tutti gli esami di gabinetto) non ci sono state malattie infettive. Per altro la gangrena di un arto nelle condizioni sopradette non si manifesta mai improvvisamente, in istato di buona salute, in poche ore. Quando c'è in giuoco l'endoarterite le alterazioni si formano e aumentano gradatamente, fino all'occlusione completa, come avviene nel rammollimento cerebrale e in certe forme di rene atrofico (Ferrata, *Diagnostica differenziale*).

Per molte ragioni possiamo escludere senz'altro che trattasi di trombosi. Non ci sono stati, infatti, i fenomeni prodromici della trombosi e poi nell'infermo in discussione non esiste nessuna delle cause determinanti la trombosi.

Non c'è, in lui, alterazione del sangue (scottature, congelazioni, trasfusione, soluzioni coagulanti); non esiste una lesione acuta o cronica decorrente vicino a un vaso (flemmoni, antraci o eresipela); non flemmasie. La trombosi incomincia con dolenzia locale e con la comparsa di un edema perivasale; si hanno dolori spontanei, senso di peso all'estremità, i cui vasi sono colpiti, parestesie, forte prurito della pelle e tutti questi fenomeni non compaiono mai improvvisamente ma in modo graduale.

Fatta questa disamina senza poter dare una spiegazione razionale del caso in esame, non resta che l'embolismo autogeno che può spiegare, in tutto, il quadro presentato dal nostro ammalato.

Dopo le suesposte considerazioni di diagnostica differenziale, vagliate nella mia mente, formulai la diagnosi di embolismo della succlavia sinistra.

Discutiamo un po' ora se la diagnosi di embolismo autogeno sia esatta.

Risaliamo all'anamnesi remota dell'infermo. Egli è un alcoolico ed un forte fumatore di tabacco; egli è un cardiaco.

Infatti vi si riscontra l'ipertrofia del ventricolo sinistro, rumore diastolico-sistolico sul focolaio aortico e sullo sterno; primo tono mitralico soffiante, ha sofferto scotomi, vertigini, affanno ed ha il rene compromesso. Pertanto i due disturbi nervosi manifestatisi improvvisamente il primo 6 anni ed il secondo tre anni addietro non devono essere stati che due lievi accessi apoplettici, causati da embolia delle arterie cerebrali.

Possiamo, dunque, ricostruire, con una certa approssimazione, l'etiopatogenesi della sindrome del nostro paziente ammettendo che egli, da parecchi anni, sia affetto da aortite cronica con insufficienza delle valvole aortiche; che queste lesioni abbiano dato in seguito il complesso sintomatico dell'insufficienza cronica anche del miocardio e del sistema specifico del cuore (fasci di conduzione dello stimolo, e nodi) con la compartecipazione dell'endocardio valvolare e con l'associazione di lesioni della stessa natura in altri organi — rene.

Il paziente, infatti, soffriva spesso di affanno, il suo polso era fortemente aritmico, le urine molto albuminose.

Ora, nel sistema circolatorio di tali ammalati, facilmente si formano emboli inerti autogeni i quali possono essere rappresentati da

coaguli di trombosi o da detriti provenienti dall'alterazione ateromatosa delle grandi arterie (piastre calcificate, pappa ateromatosa); oppure dai prodotti di evoluzione di un'endocardite (frammenti staccati di vegetazioni o di valvole); pappa e frammenti che si trovano, qualche volta, nel ventricolo sinistro, o sulle valvole alterate, o negli spazi compresi fra le trabecole, o sulle orecchiette (Ferrata).

Tenendo presente queste nozioni di patologia, è logico pensare che lo strapazzo sostenuto il giorno precedente dall'ammalato per l'ascensione al Piccolo Moncenisio e la diminuita pressione atmosferica alla quale fu sottoposto abbiano determinato il distacco di un grosso embolo il quale, imboccata l'aorta, si è fermato nell'arteria succlavia sinistra occludendola completamente. Fatta diagnosi di embolismo della succlavia feci presente alla famiglia l'estrema gravità del caso e la prognosi infausta per l'imminente gangrena secca o umida in cui sarebbe caduto fra breve l'intiero arto con tutte le fatali conseguenze. E pertanto, somministrati dei cardiocinetici, ho consigliato subito all'infermo l'immobilità della persona, ho posto l'arto ammalato in posizione orizzontale di assoluto riposo, dopo di averlo imbottito di uno spesso strato di ovatta e circondato di bottiglie di acqua calda che si andavano sempre sostituendo via via che si raffreddavano. Proposi quindi alla famiglia di chiamare in consulto degli altri medici. L'indomani, infatti, ebbi l'onore di essere a consulto col prof. De Bernardi, chirurgo primario all'Ospedale Evangelico di Torino, e con due altri professori della stessa Università il cui nome mi sfugge. I detti professori approvarono la diagnosi, la prognosi e la cura da me formulate.

Dopo due giorni comparvero sulla pelle dell'arto ammalato piccole macchie brune, qualcuna di color feccia di vino, delle flittene rossastre; si manifestò la febbre 38°-38°,05 e durò per tutto il decorso della malattia. A poco a poco dette macchie si sono estese invadendo tutto l'arto in maniera che, durante otto giorni, l'intiero arto fu preso da gangrena secca poichè le parti molli si mummificarono, si fecero nere, affatto insensibili e davano un suono secco alla percussione.

Il decorso fu rapido e l'alone di delimitazione si formò verso il 12° giorno.

Avuto luogo un nuovo consulto, fu deciso, come ultima speme, l'atto operativo.

Trasportato, infatti, l'infermo a Torino in auto-ambulanza, fu operato di disarticolazione della spalla. L'ammalato sopportò l'operazione piuttosto bene; però, dopo alcune ore, fu preso da brividi, seguiti da febbre alta e da tosse stizzosa e continua e dopo 36 ore dall'intervento soccombeva con tutto il quadro di embolia polmonare.

L'operazione eseguita confermò in pieno la diagnosi clinica, poichè all'imboccatura della succlavia si è trovato un grosso embolo, il quale, a guisa di un lungo turacciolo, ne ostruiva completamente il lume.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un raro caso di embolismo inerte, autogeno della succlavia sinistra, dimostrando, così, che l'embolismo delle grosse arterie — per quanto raro — può verificarsi tanto negli arti inferiori che in quelli superiori.

CASISTICA E TERAPIA.

Un caso di encefalomielite atipica dopo rivaccinazione antivaiolosa.

D. Paulian, C. Aricesco e M. Finkelstein (*Bullet. et Mémoires de la Soc. Médic. des Hôpit. de Paris*, 19 febbraio 1932) descrivono un caso di encefalomielite postvaccinale, dopo aver ricordato che il primo caso fu descritto da René Marie nel 1885 e che nel 1922-23 comparve in forma epidemica in Inghilterra e in Olanda.

Nel caso degli AA. si trattava di una bambina di 7 anni già vaccinata contro il vaiolo (senza incidenti) all'età di un anno. Rivaccinata a 7 anni presentò febbre per tre giorni, a cominciare da due giorni dopo la scarificazione. Due settimane dopo la bambina accusava dolore ai polpacci e non poteva camminare, aveva le estremità fredde, i muscoli del tronco contratti tanto da non potersi abbassare, e presentava la testa flessa sul torace. Non aveva nulla a carico dei nervi cranici. Le pupille reagivano bene. C'era atrofia degli interossei della mano sinistra con impossibilità di allontanare e avvicinare le dita. I riflessi addominali erano assenti. Le gambe erano flesse sulla coscia e questa era flessa sul bacino con ipertrofia muscolare. Riflessi achillei e rotulei presenti. Babinski incostante a sinistra. Andatura a piccoli passi. Sensibilità normale. Sottoposta a radioterapia della colonna, diatermia e iniezioni vaccino Neurin l'ammalata migliorò.

R. LUSENA.

Due casi mortali di encefalite vaccinale.

Vengono riferiti da J. Mornet e Vigneron (*Bull. et mém. Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, n. 34, 14 dic. 1931), i quali ebbero a studiarli durante un periodo vaccinale, che comprese 600 vaccinazioni e rivaccinazioni in uno stesso comune.

Ambedue i soggetti, dell'età di 10 anni, erano stati rivaccinati, e la sindrome encefalitica si sviluppò 11-12 giorni dopo l'inoculazione, che aveva dato luogo ad una pustola locale intensa.

Il decorso della malattia fu di cinque giorni, e gli unici segni clinici furono rappresentati da cefalea, convulsioni, ritenzione di urina, e coma sempre più profondo, fino alla morte.

Nel periodo corrispondente all'apparire di questi casi di encefalite vaccinale, gli AA. non ebbero a notare coesistenza di nessun caso di poliomielite, encefalite letargica e meningite cerebro-spinale. M. FABERI.

Encefalomielite postmorbillosa a tipo di sclerosi a placche acuta.

D. Paulian e C. Aricesco (*Bull. et Mém. de la Soc. Médic des Hôpit. de Paris*, 19 febbraio 1932) hanno veduto comparire in una bambina di 5 anni, due giorni dopo un'eruzione morbillosa, stato convulsivo, agitazione, delirio, insonnia, febbre alta con trisma e fenomeni meningei per la durata di tre giorni. C'erano anche sudori profusi e incontinenza d'urine. Il 5° giorno l'eruzione scomparve, ma lo stato generale rimase grave. Al 14° giorno l'andatura era titubante e spastica, c'erano disartria con parola scandita, tremore intenzionale, dismetria, adiadococinesi, Babinski netto a sin., non nistagmo, non cloni. L'esame del fondo dell'occhio fu negativo. Negativo l'esame del liquor (comprese Wassermann; Nonne e Pandy, glicorachia).

Fu fatta la radioterapia profonda sulla colonna vertebrale e sulla regione cerebellare più iniezioni endovenose di neuroyatren. Ci fu miglioramento. R. LUSENA.

Il trattamento dell'encefalite col siero antipoliomielitico.

A. Netter (*Journal de médecine de Paris*, 21 gennaio 1932) contrasta le deduzioni del Maldague che, dai buoni risultati ottenuti col siero antipoliomielitico in ammalati di encefalite emorragica, vuol trarre un argomento in favore dell'intervento in queste encefaliti del virus della poliomielite.

Rammenta di aver iniziato detta terapia nel 1922 in seguito alle esperienze di Neustaedter, Larkin e Bauzahaf e di aver presentato nel '26, in una lezione comparsa in « Clinique et Laboratoire », i risultati ottenuti in 18 soggetti presentanti i segni dell'encefalite letargica. Detti risultati, seguendo i malati fino ad oggi, sono stati veramente incoraggianti: di 10 malati di cui nel '26 era stata notata la guarigione, 7 sono ancora in uno stato di salute perfetto.

Del resto anche le statistiche di Maldague dimostrano l'utilità delle iniezioni di siero antipoliomielitico nelle encefaliti, tanto letargiche che emorragiche.

Ma da questo, dice l'A., non si è autorizzati a concludere che le encefaliti siano una manifestazione del virus della poliomielite, dato anche che la poliomielite è un'affezione la cui specificità è largamente dimostrata dalla patologia sperimentale, dalla clinica, dall'epidemiologia, al contrario dell'encefalite di Economo la cui specificità è solo dimostrata dalla tendenza alla cronicità e dalla frequenza dei parkinsonismi successivi.

L'A. invece sarebbe più propenso a vedere nell'azione benefica esercitata dal siero antipoliomielitico nell'encefalite letargica, piuttosto che un'affermazione di specificità, la manifestazione dei principi proteici costituenti il siero eterologo degli animali datori. Del resto il potere curativo dei sieri aspecifici è stato constatato in maniera indiscutibile in un gran numero di malattie, le più disparate. RUBEGNI.

Problemi importanti sulla poliomielite anteriore acuta.

G. Draper (*The Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, 17 ottobre 1931) rileva che alcuni problemi riguardanti la poliomielite anteriore acuta non sono stati definitivamente risolti. I più mportanti sono: la via di trasmissione, la diagnosi precoce (prima che sia colpito il sistema nervoso) e il modo di immunizzarsi.

Circa la via di trasmissione, il problema, dal lato pratico, si riduce spesso a stabilire se in una zona con focolaio epidemico, le famiglie devono allontanare subito i bambini sani. Secondo l'A. è meglio rimanere sul luogo e iniettare siero umano immune.

In quanto al problema della diagnosi precoce, ci sono dei segni preparalitici, non costanti però: il tremore atassico e le contrazioni muscolari. Ma anche quando questi sintomi si sono manifestati e la paralisi ancora non è comparsa, rimane dubbia l'efficacia curativa del siero immune. Prima della comparsa del tremore c'è un periodo in cui l'esame del liquor è negativo; in questo periodo la somministrazione di siero immune è efficace.

R. LUSENA.

SEMEIOTICA.

Segni boccali e cutanei nelle colecistiti.

J. Alsace (*Bull. Méd.*, 26 dic. 1931) richiama l'attenzione su alcuni segni che possono far pensare alla presenza di colecistite.

I segni boccali sono i seguenti:

1) *Stato saburrale.* Più marcato nella colecistite che nell'ulcera duodenale. Il malato avverte un sapore speciale (scipìto, salato, acido, acre, amaro); il senso di amarezza è una manifestazione comune nei biliari.

1) *Scialorrea.* Non appartiene alla sintoma-

tologia dell'ulcera, ma la si trova spesso nelle colecistiti. Essa può essere notturna ed i malati emettono dormendo della bava, di cui al mattino trovano umido il cuscino; se vi sono delle lesioni di piorrea, tale bava lascia una macchia persistente (*segno del cuscino*).

3) *Gengive*. Presenza iniziale di un orletto di colore gridellino al limite del dente; esso si osserva su uno o più denti e si estende in altezza, mentre la gengiva si tumefà, diventa più o meno violacea e sanguina facilmente. Talvolta l'emissione di saliva sanguigna fa portare delle diagnosi errate.

Altri segni sono: il rossore congestizio del palato e della gola. degli attacchi di afte a ripetizione ed un certo grado di tumefazione delle labbra, specialmente al mattino.

Fra i segni cutanei, oltre all'ittero netto, vi sono delle manifestazioni fugaci e discrete di subittero; in tal caso, è utile l'analisi frazionata delle urine, per cui la presenza di sali o di pigmenti biliari si rivela soltanto nell'urina raccolta dopo una crisi o dopo una digestione difficile.

Sono inoltre da rilevarsi delle macchie transitorie o delle pigmentazioni durature, talvolta l'orticaria, la seborrea e le varicosità capillari ai pomelli.

Tali segni permetteranno spesso di orientare la diagnosi piuttosto verso la colecistite che verso l'ulcera duodenale. *fil.*

L'importanza dell'indagine colecistografica nella diagnosi delle colecistopatie.

M. Pellini (*Radiologia Medica*, marzo 1932), dopo essersi intrattenuto sulla anatomia e fisiologia della cistifellea ed avere messo in evidenza come la radiologia abbia dimostrato che la colecisti ha effettivamente una capacità di contrazione e di svuotamento, dando così torto a coloro i quali ritengono che la sua principale funzione consista nella capacità di riassorbimento della bile, discute le varie modalità di somministrazione della tetrajodo ed afferma doversi preferire quella orale.

Illustra poi le fonti più comuni di diagnosi colecistografica errata, combattendo l'opinione corrente che un'ombra intensamente opaca della v. b. sia da considerarsi l'indice sicuro della integrità anatomica e che, all'incontro, un'ombra tenue debba sempre ritenersi l'espressione di una alterazione infiammatoria della parete cistica.

Secondo l'A. l'ombra intensamente opaca significa soltanto buon potere di concentrazione, mentre l'ombra tenue non è sempre espressione di una diminuzione di questo potere, acquistando valore solo in unione ad altri sintomi; occorre quindi ricercare accuratamente alterazioni di sede, forma, volume, e sopratutto seguire attentamente il processo di svuotamento sotto lo stimolo dei tre rossi d'uovo.

E. LIVERANI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Al dott. C. T. da C.:

Dalla sua domanda non appare se Ella desidera un piccolo trattato di infortunistica generale o di infortunistica speciale o dell'uno e dell'altro insieme.

Per quanto riguarda il primo posso consigliare *L'infortunistica medico-legale* del Borri (Vallardi 1913); ottimo trattato di infortunistica speciale è la *Traumatologia del Lavoro* di Ciampolini (Pozzi, editore Roma).

Un trattato completo, generale e speciale, è quello del Borri (U.T.E.T., Torino).

S. DIEZ.

VARIA.

Assenza congenita unilaterale dei muscoli pettorali.

P. Pétridis (*Rev. d'Orthopéd.*, n. 6, 1931) pubblica un caso di tale malformazione. Si trattava di un giovane di 15 a. che si era accorto dell'infermità da solo 1 anno per una certa difficoltà a sollevare e abdurre l'arto superiore sinistro. Presentava spianata la reg. pettorale sinistra, e a braccio abdotto era evidente al posto del pilastro anteriore dell'ascella, una larga piega cutanea che nascondeva il pilastro posteriore, e che dal torace si portava sulla faccia interna della 1/2 superiore del braccio. S'interviene aprendo tale piega lungo il suo margine libero, e sezionando una robusta aponeurosi in essa contenuta; dopo l'intervento l'infermo può sollevare ed abdurre bene il braccio. R. GRASSO.

Sulla terapia delle nevralgie del trigemino.

Riceviamo:

Nel 1927, nella Sez. Pratica del *Policlinico*, pubblicai gli ottimi risultati di una cura arsenobenzolica associata al chinino, delle nevralgie essenziali del trigemino. Da allora ad oggi, ho, naturalmente, proseguito, con eguali successi, lo stesso metodo su altri casi simili, ed ho anche letto recentemente sullo stesso *Policlinico* una breve interessante pubblicazione di un Collega, che ha impiegato il mio metodo.

Poichè è probabile che altri Colleghi pratici, non abituati a pubblicare il frutto della loro esperienza, abbiano provato quel sistema di cura, sarei loro infinitamente grato se volessero comunicarmene, con la maggiore quantità di particolari, i risultati ottenuti.

Alessandria d'Egitto.

Prof. ALBERTO FURNO
Primario Medico dell'Ospedale Italiano
« Benito Mussolini »

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

Risposte a quesiti per questioni di massima.

39° *Dottor R. M.* — Sono ridotti del 12 % gli stipendi, le remunerazioni, ecc. e non soltanto le indennità di caroviveri. A queste furono limitate le riduzioni stabilite dai decreti del 1927: si dubitò se ne fosse colpito anche lo stipendio, ma il Consiglio di Stato ha ritenuto che soltanto le indennità di caroviveri siano state modificate. E il Ministero si è uniformato a questa risoluzione. Ma, come ho detto, la riduzione del 12 % è generale e colpisce anche lo stipendio.

40° *Dottor A. M.* — Non c'è disposizione speciale; ma la risoluzione che è stata pubblicata nel n. 4 del *Policlinico* è logica.

Il contributo all'I. N. I. E. L. è dovuto in rapporto allo stipendio effettivo ed attuale. Se in passato ne fu più elevata la misura e poi, per qualsiasi motivo, questa è stata modificata, il contributo deve essere ragguagliato allo stipendio lordo quale è e non quale fu. La riduzione del 12 % non può essere considerata un onere ma è vera e propria modificazione del trattamento economico così detto «lordo» al quale è proporzionato il contributo all'I. N. I. E.L.

41° *Dottor* A. F. — È stata ridotta del 12 % la retribuzione, senza eccezioni. È da ritenere che non siano escluse da questo provvedimento generale quelle retribuzioni che, quando furono stabilite, corrispondevano al minimo, considerato allora necessario. È ovvio che sia così: il decreto non fa distinzioni e colpisce qualsiasi stipendio, paga, ecc. e, peraltro, la intangibilità non risulta necessariamente dallo scopo di assicurare lo stipendio in misura minima, perchè la riduzione del 12 % presuppone una corrispondente modificazione del costo della vita e quindi non altera il rapporto tra lo stipendio minimo e i bisogni indispensabili.

Almeno teoricamente non c'è alterazione, essendo la modificazione dei costi una condizione sopravvenuta alla determinazione concreta del minimo.

42° *Dottor F. G.* — La riduzione del 12 % è generale e colpisce non soltanto le indennità accessorie ma anche lo stipendio.

43° *Dottor R. R.* — Essendo laureato in medicina e chirurgia può esercitare qualsiasi parte dell'una e dell'altra e, quindi, anche la odontoiatria. Non può usare la qualifica di *specialista;* ma può designare la sua attività di odontoiatra.

44° *Dottor V. M.* — Non vi è disposizione generale che, per tutti i concorsi, obblighi a nominare il primo graduato. Lei forse vuole riferirsi ai medici condotti. Se è così, la risposta è semplice: il testo unico delle leggi sanitarie attribuisce al Comune la facoltà di scegliere uno dei concorrenti idonei; il Ministero dell'Interno ha dato però istruzioni nel senso della nomina del primo graduato, salvi motivi legittimi di esclusione; è stato presentato alla Camera un progetto di riforma, ma non è ancora legge.

Per gli ufficiali sanitari, invece, la graduatoria vincola il Prefetto, il quale deve nominare il primo graduato.

Per il personale ospedaliero valgono le disposizioni degli statuti e dei regolamenti locali: se non è prevista la facoltà di scelta, deve essere nominato il vincitore del concorso, cioè il primo graduato.

45° *Dottor G. D. L.* — L'avviso del concorso annunzia ma non stabilisce le condizioni del trattamento economico: queste risultano dai regolamenti generali e locali.

È da ritenere che la indennità sia dovuta, come agli altri impiegati, anche al personale del laboratorio.

46° *Dottor L. B.* — Se il regolamento locale non obbliga il medico condotto ed ufficiale sanitario alle visite di accertamento e ai relativi certificati, al fine di provvedimenti concernenti la carriera degli impiegati, è da ritenere che Lei abbia diritto a compenso per la prestazione richiestale dal Podestà, non essendo questa obbligatoria per legge.

47° *Dottor S. O.* — Essendo fusa nell'Ospedale l'opera pia ed essendo Lei medico stabile e direttore dell'ospedale, è da ritenere che non si verifichi una novazione soggettiva e il rapporto d'impiego permanga. Astrattamente, però, non si può contestare all'amministrazione il potere di riordinare i servizi, in relazione agli scopi inerenti alla fusione e, quindi, di fare quelle modificazioni che possano essere necessarie nell'interesse del servizio. In tal caso, dato che, in concreto, le riforme siano legittime, possono essere risoluti quei rapporti d'impiego che non siano compatibili col nuovo ordinamento. Ma non è possibile fare ora previsioni, se non dal punto di vista meramente astratto che ho sopra considerato.

Importa invece stabilire che il suo rapporto d'impiego non è nè estinto nè senz'altro modificato per effetto della fusione.

N B. — Ai quesiti degli abbonati si risponde, in ogni caso, direttamente, per lettera. I quesiti devono essere inviati, in busta, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del «Policlinico», via Sistina 14, Roma.

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, **sono gratuite.**

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI esercente in Cassazione, cons. legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

CALTABELLOTTA (*Agrigento*). — Scad. 30 giu.; lire 8000 e 4 quadrienni dec.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

CALTAGIRONE (*Catania*). — Scad. 20 ag.; 3ª condotta urbana; L. 8000 e 4 quinquenni dec.; età lim. 35 a.

CAPANNORI (*Lucca*). — Scad. 25 ag.; 2° circondario; L. 8000 e 5 quinquenni dec., addizion. L. 20 ogni famiglia pov. eccedente il numero di 120; quota mobile L. 1400 per c.-v.; L. 2500 trasp.; L. 400 ambulat.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

CENGIO (*Savona*). — Scad. 15 lug.; L. 8400 e 10 bienni ventes. oltre L. 500 se uff. san.; età lim. 35 a.

FONTANELLA (*Bergamo*). — Scad. 31 ag.; con Berbato; pianura, buona viabilità; chied. avviso al Podestà.

GENOVA. *Comune*. — È aperto un concorso pubblico per esami e per titoli ad un posto di chimico assistente nel Laboratorio chimico comunale.

Per l'ammissione al concorso deve essere presentata alla Segreteria Municipale entro le ore 17 del 31 agosto 1932 domanda in carta bollata da L. 3, corredata dai documenti (in carta bollata e debitamente legalizzati) prescritti dall'art. 8 del Regolamento 16 gennaio 1927, N. 155. (Vedere più dettagliatamente nel preced. n. 23).

LAMPEDUSA e LINOSA (*Agrigento*). — Scad. 26 giu.; L. 8800, detratto il 12 %; 4 quadrienni; età lim. 35 a.; servizio entro 20 gg.

LENTINI (*Siracusa*). *Congregazione di Carità*. — Il concorso presso l'Ospedale Civile è stato sospeso fino a nuovo avviso.

LODI. *Ospedale Maggiore*. — Medico primario direttore; scad. 30 giu. ore 17; titoli ed eventualm. esami; L. 12.500 oltre L. 2500 serv. att., L. 3000 indenn. carica, deduz. 12 %; 2 quadrienni e 4 quinquenni dec.; appartamento; età lim. 45 a.; doc. a 3 mesi dal 21 mag. Chiedere annunzio.

MONTAFIA D'ASTI (*Alessandria*). — Scad. 30 giu.; L. 7000 e 4 quadrienni dec., oltre L. 500 trasp., L. 500 uff. san.; riduz. 12 %; età lim. 45 a.

MORIGERATI (*Salerno*). — Scad. 31 lug.; L. 7000 oltre L. 2000 cavalc., L. 500 eventuale incarico uff. san.; ritenuta 12 %.

OSILO (*Sassari*). — Scad. 31 ag.; L. 10.500 oltre L. 2500 cavalc., c.-v., 4 quadrienni dec.; riduz. 12 %; 4 anni di eserc. profess.; titolo di prefer.: diploma in tisiologia.

PERUGIA. *Ammin. Prov.* — Direttore della Sez. med.-micrograf. del Laborat. prov. d'igiene e profilassi. Proroga 30 lug.

POLA. *Amministraz. Prov.* — Scad. 15 lug.; direttore del Laborat. med.-micrograf. d'igiene e profilassi, Sez. chimica; L. 11.600 aumentabili, oltre L. 2800 aumentabili di serv. att., eventualm. partecipaz. utili, ecc.; riduz. 12 %; età lim. 45 a.; tassa L. 30.

REGGIO EMILIA. *Ospedale di S. Maria Nuova*. — Scad. 10 ag., ore 18, quattro assistenti effettivi; L. 7000 e c.-v., indennità di guardia L. 10 ecc.; tassa L. 50,10; età lim. 35 a.; titoli; doc. non anter. di 10 giorni al 10 mag. Chiedere annunzio. Rivolgersi agli Uffici dell'Amministraz. (via Roma 31).

ROSORA-MERGO (*Ancona*). — A tutto 20 giu., per Mergo; L. 7920 oltre L. 2640 cavallo od automezzo, già depurati; 5 quadrienni dec., c.-v.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 22 apr. Chied. annunzio.

SASSARI. *Ente Provinciale per la lotta contro il tracoma*. — Ispettore dei servizi antitracomatosi; scad. ore 12 del 15 lug.; titoli ed esami; età lim. 40 a.; doc. non anter. al 1° mag.; L. 24.000 lorde del 12 % e altre ritenute di legge; rimborso spese viaggio in 1ª classe; indennità chilometrica; divieto esercizio libero; chiedere annunzio.

VALDOBBIADENE (*Treviso*). — Scad. 31 lug.; 3° reparto; L. 7040 oltre L. 1760-2200-3000 trasp., c.-v.; addizionale L. 4,40 sopra il 25 % della popolaz.; tassa L. 50.

VICENZA. — Scad. 16 ag. Direttore sanit. dell'Ospedale; stip. base L. 20.000, serv. att. L. 3000, 6 trienni ventesimo, L. 4000 alloggio; riduz. 12 %; età lim. 45 a. al 30 giu.; 4 anni in Ospedale; tassa L. 50,10. Rivolgersi Segreteria.

VILLAR PELLICE (*Torino*). — Scad. 1° ag.; con Bobbio Pellice; L. 9000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 920 trasp.; riduz. 12 %; età lim. 45 a.

VOLPAGO DEL MONTELLO (*Treviso*). — Scad. 30 giorni dal 20 maggio; consorzio sanit. del Montello; L. 9500 per 1000 pov., addizion. L. 5, cavallo lire 2500, se uff. san. L. 500, 5 quinquenni dec., riduz. 12 %; età lim. 40 a.; biennio di pratica ospedaliera o condotta. Chied. annunzio.

ZARA. — Direttore della Sezione Medico-Micrografica, direttore della Sezione Chimica, coadiutori per tutte e due le Sezioni del Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi. Il concorso è prorogato al 12 luglio p. v. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria dell'Amministrazione Provinciale di Zara.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medicochirurgiche, i compensi allo stipendio base.

CONCORSI A PREMI.

Premio Italo-Argentino « Alessandro Lustig ».

È istituito presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia della R. Università di Firenze il premio Italo-Argentino della Fondazione « Alessandro Lustig » da conferirsi, ogni tre anni, al miglior lavoro inedito di fisio-patologia o immunologia e bacteriologia.

Possono concorrere al premio i laureati in medicina e chirurgia oriundi argentini o italiani, che abbiano conseguito la laurea da non oltre cinque anni.

I concorrenti, entro le ore 24 del 20 maggio 1933, dovranno presentare alla Segreteria della R. Università, piazza S. Marco 2, domanda in carta legale da L. 3 corredata dai seguenti documenti: *a*) certificato di laurea; *b*) certificato di nascita;

c) certificato di nazionalità; d) lavori manoscritti coi quali intendono prendere parte al concorso. I lavori presentati devono essere inediti, dattilografati, in lingua italiana, contraddistinti con un motto, ripetuto su busta, non trasparente, sigillata, contenente, in una scheda, il nome e l'indirizzo del concorrente.

Il premio, unico e indivisibile, ammontante a L. 5000, verrà conferito non oltre il 1° novembre 1933.

Concorso Internazionale per un bendaggio emostatico.

La Commissione Internazionale per la standardizzazione del materiale sanitario con sede presso il Comitato Internazionale della Croce Rossa in Ginevra, prendendo in considerazione il voto emesso dal VI Congresso di Medicina e Farmacia militare (l'Aja, giugno 1931), ha deciso di indire per l'anno 1932 un concorso per il bendaggio emostatico di guerra.

Le condizioni sono le seguenti:

Il bendaggio emostatico di urgenza deve essere semplice, poco ingombrante, di facile applicazione e maneggio anche da parte di personale non medico. Esso deve essere costruito con materiale duraturo, possibilmente senza cautchouc e di facile conservazione e non deve essere lesivo per i tessuti.

Per informarsi rivolgersi al Comitato Internazionale della Croce Rossa, Ginevra.

Premio Riberi.

La Reale Accademia di Medicina di Torino apre il concorso al XV premio Riberi di L. 20.000 (meno la tassa di manomorta).

Possono concorrere i lavori scientifici di argomento appartenente alle discipline mediche in genere e tali che segnino un importante progresso nel ramo dello scibile cui si riferiscono.

Sono ammessi i lavori stampati o scritti a macchina in lingua italiana, latina, francese, inglese e tedesca; se sono stampati, devono essere editi dopo il 1927.

I lavori saranno inviati in piego raccomandato in doppio esemplare all'Accademia, della quale rimarranno proprietà. Qualora l'Accademia aggiudichi il premio ad un lavoro scritto, questo dovrà essere stampato dall'autore prima che scadano i due anni dal conferimento del premio; l'ammontare di questo sarà consegnato solo dopo l'invio all'Accademia di un doppio esemplare del lavoro stampato.

Sono accettati per il concorso i lavori che risultino spediti all'Accademia non oltre il giorno 31 dicembre 1934. In ogni caso scorsi due mesi da questo termine, il concorso s'intende chiuso, ed i lavori giunti dopo, anche se spediti in tempo utile, non saranno presi in considerazione.

Gli autori nella lettera di invio, accenneranno alle parti o agli argomenti più importanti dei loro scritti ed opere che stimano dovere maggiormente fissare l'attenzione dell'Accademia giudicante.

Premio « Achille Sclavo ».

La scadenza del primo concorso al premio biennale « Achille Sclavo », di L. 10.000, fondato dall'Istituto Opoterapico Nazionale di Pisa e già aperto con avviso di concorso del 1° ottobre 1930 ed ora assunto sotto il patrocinio del Consiglio Nazionale delle Ricerche, è prorogata al 30 giugno 1933, anno XI.

I lavori da presentarsi al primo concorso per il « Premio Achille Sclavo » dovranno portare un contributo originale, sia con ricerche sperimentali, sia mediante studi ed osservazioni cliniche, alla fisiopatologia di uno dei seguenti organi: a) Corteccia surrenale, b) Pancreas, c) Ovaio (come ghiandola endocrina).

Per essere ammessi al concorso i lavori dovranno pervenire raccomandati al Consiglio Nazionale delle Ricerche, Ministero della Educazione Nazionale, viale del Re, Roma.

Il concorso si svolgerà colle norme e condizioni stabilite dallo Statuto del « Premio Achille Sclavo » che s'invia, a richiesta, dal Consiglio predetto.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

La Facoltà di medicina e chirurgia di Parma, ad unanimità, ha proposto il passaggio del prof. Giovanni Razzaboni dalla cattedra di patologia speciale chirurgica a quella di clinica chirurgica. Rallegramenti all'insigne studioso ed operatore.

Sono abilitati alla libera docenza i dottori: Nicola Donadio in anatomia umana normale; Attilio Omodei Zorini in clinica medica; Michele De Luca e Manlio Montanelli in clinica oculistica; Emilio Forti in clinica ostetrica e ginecologica; Manlio Fabroni in clinica otorinolaringoiatrica; Giulio Roi in clinica pediatrica; Mario Lapidari in patologia generale; Tommaso Anardi, Carmine Guerriero, Venanzio Lozzi, Alfredo Rindone e Donato Vallone in patologia speciale chirurgica; Alfredo Fontana e Rosario Scalabrino in patologia speciale medica; Michele Bolaffio in radiologia e radioterapia; Vittorio De Bonis in tisiologia.

Alla cattedra di Clinica ostetrica dell'Università libera di Bruxelles è stato chiamato il prof. Augusto Weymeersch, in sostituzione del prof. Valère Cocq, il quale va in ritiro per limiti d'età.

Il dott. Raymond F. Longacre è nominato direttore dei Servizi militari di aeronautica degli Stati Uniti, in sostituzione del dott. Harold J. Cooper, che ha rassegnato le dimissioni per assumere il compito di consulente sanitario in una Casa commerciale.

La dott.a M. Condat è nominata professore di terapia alla Facoltà medica di Tolosa.

La Facoltà medica di Berna ha proposto la seguente lista di candidati alla cattedra vacante di pediatria: *primo et equo loco* Granzmann (Berna) e György (Eidelberga); *secundo loco* Hottinger (Düsseldorf).

Il dott. H. B. van Dyke, professore di farmacologia all'Università di Chicago, è nominato professore della stessa disciplina e direttore dell'Istituto Farmacologico presso il « Peiping Union Medical College » di Peiping (Cina); la nomina avrà decorso dal 1° agosto.

Il dott. Felix von Mikulicz-Radecki, di Berlino, è chiamato alla cattedra di ginecologia e ostetricia dell'Università di Königsberg.

Il prof. Leopold Lichtwitz, direttore sanitario dell'Ospedale Rudolf Virchow di Berlino, è nominato membro corrispondente dell'Accademia di Medicina di New York.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Padova.

Nella R. Università.

Domenica 22 maggio nella R. Università venne inaugurata la « Settimana Medica » sorta per iniziativa del prof. Mario Truffi, segretario del Sindacato Prov. dei Medici Fascisti e direttore della Clinica di Dermatologia. Erano presenti l'on. Eugenio Morelli, segretario nazionale del Sindacato dei Medici, S. E. il Prefetto, autorità civili e militari, i professori della Facoltà Medica e numerosi sanitari iscritti al corso.

Apre l'adunanza il prof. Truffi illustrando il valore del mantenere i contatti fra il professionista laureato, anche da tempo, e l'ambiente universitario. Il prof. Fasiani come preside della Facoltà Medica porge il saluto ai convenuti compiacendosi di vedere come siano state numerose le adesioni e le iscrizioni al corso.

L'on. Morelli pronuncia quindi il discorso inaugurale mettendo in evidenza la figura del medico nei rapporti della vita sindacale, secondo l'indirizzo dato dal Capo del Governo: il medico italiano sentì con gioia la parola del Duce del Fascismo. Nel movimento della vita sindacale entrano anche questi corsi che mantengono attivo il collegamento fra vita professionale e vita universitaria, concetto che ebbe per primo assertore il compianto quadrumviro Michele Bianchi, il quale pensava di proporre la concessione di licenze speciali ai medici condotti perchè trovassero tempo di aggiornare la loro coltura. Le parole dell'on. Morelli sono state accolte da calorosi insistenti applausi.

Il prof. Pellegrini, direttore dell'Istituto di Medicina Legale, tiene la prima lezione del corso trattando il tema « L'attività professionale del medico ed il nuovo Codice penale ». Illustra i molteplici doveri del medico specialmente in rapporti ed interferenze con la nuova legislazione penale e di procedura penale: parla quindi di tutto ciò che si riferisce a denuncie per aborto, risarcimenti a danneggiati, obbligatorietà di perizie, denuncie di lesioni ecc. L'O. alla fine del suo dire fu molto festeggiato dagli ascoltatori. PLF.

NOTIZIE DIVERSE.

1° Congresso internazionale sull'asma.

Come avevamo annunziato, si è svolto a Mont-Dore (Francia) nei giorni 4 e 5 giugno; tra i relatori è stato il prof. Frugoni.

Daremo notizia dei lavori nel prossimo numero.

1° Congresso internazionale sul reumatismo.

Questo Congresso, che doveva aver luogo a Roma e che era stato differito, si terrà invece a Parigi, dal 13 al 15 ottobre, con lo stesso programma, per invito della Lega francese contro il reumatismo.

Verranno fatte dimostrazioni di malati in vari ospedali e dimostrazioni di roentgenografie.

Per informazioni rivolgersi alla « Ligue internationale contre le Rhumatisme », Keizersgracht 489, Amsterdam, Olanda.

2° Congresso internazionale di chirurgia ortopedica.

La Società internazionale di chirurgia ortopedica terrà il prossimo congresso a Londra, dal 19 al 22 luglio 1933, sotto la presidenza del prof. Nové-Josserand, di Lione. Temi: « Il meccanismo dei movimenti articolari in generale », « Il trattamento delle coxiti tubercolari »; tra i relatori è il prof. Delitala.

Per informazioni rivolgersi al segretario generale della Società, Dr. Delchef, rue Montoyer 34, Bruxelles, Belgio.

1° Congresso internazionale sulla litiasi biliare.

Ricordiamo che è indetto a Vichy dal 19 al 22 settembre.

Le ferrovie francesi hanno concesso agli aderenti una riduzione del 50 %, sotto forma di buoni individuali. La validità di tali buoni, che doveva essere di 15 giorni, è stata prolungata ad un mese: cosicchè potranno essere utilizzati dal 1° al 30 settembre, in modo da permettere ai medici, sopratutto stranieri, che assisteranno al Congresso, di soggiornare più a lungo in Francia, qualora lo desiderassero. I buoni saranno valevoli dalla stazione frontiera a Vichy e ritorno con passaggio facoltativo da Parigi.

Tutte le domande di informazioni, le adesioni, le quote dovranno essere inviate al dott. J. Aimard, segretario generale del Congresso, boulevard des Capucines 24, Paris (IXe). La quota di iscrizione è di franchi 50 per i membri titolari con diritto alle pubblicazioni del Congresso e di franchi 25 per i membri associati.

Il limite delle iscrizioni al Congresso è fissato al 1° agosto.

10° Congresso nazionale di radiologia.

Nei giorni 22-25 maggio è stato tenuto a Parma, con l'intervento di più di 400 radiologi italiani e di molti stranieri, il X Congresso nazionale di Radiologia, sotto la presidenza del prof. Rossi.

Al congresso era annessa una mostra grandiosa di apparecchi.

Relazioni del Congresso: « Malattie polmonari acute e croniche » (relatori Vallebona di Genova e Nicotra di Catania); « Malattie del tenue e del crasso » (relatori Piccinino di Napoli e Vespignani di Padova); « Le lesioni da raggi » (relatori Bellucci di Perugia e Ratti di Milano). Il prof. Pao-

lucci, clinico chirurgo di Bologna, ha tenuto la conferenza inaugurale, sull'ascesso polmonare.

La relazione sul tema delle malattie polmonari croniche ha dato luogo a una interessante e proficua discussione sulla profilassi antitubercolare: ad essa ha partecipato l'on. Morelli e si è riconosciuta la necessità della cartella radiologica nelle scuole, cartella che dovrebbe seguire successivamente il bambino. I congressisti riuniti hanno emesso un ordine del giorno da presentare al Duce.

La relazione sulle malattie del tenue e del crasso ha dato luogo a una discussione interessante a cui hanno partecipato i proff. Paolucci e Leotta il quale ha voluto dimostrare ai congressisti l'importanza della sindrome addominale destra dal punto di vista radiologico e sulla catena delle lesioni che è possibile constatare al tavolo operatorio. Hanno partecipato alla discussione numerosi oratori e specialmente il prof. Busi che ha ribadito l'assoluta importanza della nicchia come espressione di un'ulcera duodenale: la presenza di una nicchia deve autorizzare il chirurgo a ricercare l'ulcera anche se esternamente non dovessero apparire alterazioni grossolane.

Il Congresso ha proceduto alla nomina del nuovo Consiglio direttivo nominando presidente il prof. Siciliano e scegliendo Perugia a sede dell'XI Congresso (1934), sotto la presidenza del prof. Milani.

Convegno dei chirurghi dell'Alta Italia.

Si è tenuto a Torino, come avevamo annunziato, nei giorni 28 e 29 maggio, per iniziativa della Società Piemontese di Chirurgia.

All'inaugurazione parlarono il Podestà di Torino, Thaon de Revel, il presidente della Società, prof. Donati e i proff. Pivano e Caccia; questi portò l'adesione del Corpo sanitario militare.

Ai lavori hanno preso parte parecchi reputati chirurghi stranieri: Forgue di Montpellier (che svolse una comunicazione su « Ciò che la chirurgia deve all'erniologia italiana »), Leriche di Strasburgo, L. Apel di Londra, Carachán di Barcellona, F. de Quervain di Berna, C. Henschen di Basilea, T. Czerentzes di Budapest, F. Pedotti di Lugano ecc.

Un ricevimento venne offerto ai congressisti nelle sale del Municipio, dal Podestà. Ad un trattenimento d'arte varia si produsse, per la prima volta, la Sezione torinese dell'Associazione medici musicisti italiani.

Nella Società Italiana Fascista di studi scientifici sulla tubercolosi.

Il 6 marzo, nell'Ateneo di Venezia, ebbe luogo l'assemblea generale della Sezione veneta; la presidenza ne è stata affidata al prof. Antonio Gasbarrini.

Società Francese di foniatria.

È stata fondata il 9 maggio, a Parigi, per lo studio scientifico e pratico delle questioni relative alla fisiologia e alla patologia della voce e della parola. L'Ufficio della Società comprende il prof. Moure, presidente, il dott. Hautant e il prof. Lemaitre, vice-presidenti. Il dott. Tarneaud, segretario generale, è incaricato di dare le informazioni; indirizzo: avenue de la Grande-Armée 27, Paris (XVIe), Francia.

Nell'Opera Maternità e Infanzia.

Il R. commissario dell'Opera Nazionale Maternità e Infanzia, Sileno Fabbri, ha convocato a Roma per giovedì 15 corrente, tutti i delegati straordinari delle novantadue Federazioni provinciali per esaminare e discutere i problemi interessanti l'ordinamento e il funzionamento dell'Opera specialmente in relazione alle nuove direttive delle quali è stata data recentemente notizia.

L'adunata si terrà alle ore 10 in una sala del Campidoglio.

L'apertura del Policlinico a Pavia.

Il 31 maggio tutti gli istituti e tutti i servizi esistenti nell'Ospedale San Matteo di Pavia sono stati trasferiti nel nuovo Policlinico. In dodici giorni, senza alcun incidente, è stato compiuto il trasporto di circa 400 degenti con tutto il materiale necessario al funzionamento dei reparti clinici e degli istituti predisposti all'insegnamento. Dal 1° giugno i servizi di accettazione per gli infermi e di pronto soccorso funzionano nel nuovo Policlinico San Matteo.

L'amministrazione fascista del San Matteo, di cui è consigliere delegato l'on. Nicolato, ha saputo adempiere scrupolosamente alla convenzione stipulata fra il comune e l'autorità militare, per cui il vecchio ospedale doveva essere consegnato libero il 1° giugno (per la trasformazione in Scuola allievi ufficiali del Genio).

Le opere antitubercolari in provincia di Trapani.

La Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali sta costruendo, a Torrebianca, nel comune di Monte San Giuliano, un Sanatorio antitubercolare capace di 150 posti-letto.

A Marsala è pronto un modernissimo dispensario ed un altro è stato dato in appalto per Castelvetrano.

A Trapani è in via di realizzazione un Preventorio per fanciulli dall'età dello svezzamento ai sei anni; l'istituzione fu pensata in omaggio ed in occasione delle nozze dei Principi di Piemonte; per essa è accantonato un milione, come riferimmo a suo tempo. La città di Trapani già possiede il Sanatorio « Maria Serraino Vulpitta », di cui demmo altre volte notizia, e l'Ospizio Marino « Riccardo Sieri Pepoli ».

Con i mezzi del Consorzio Provinciale Antitubercolare sono ora in via di allestimento i dispensari di Alcamo, Castelvetrano e Mazzara del Vallo.

Per tal modo la provincia di Trapani verrà a possedere un'attrezzatura antitubercolare delle più complete e perfette.

Nuovo ospedale navale negli Stati Uniti.

A Seattle (Washington) è stata deposta la prima pietra di un nuovo Ospedale per la Marina degli Stati Uniti; la spesa è preventivata in 2 milioni di dollari, ossia circa 40 milioni di lire it. È destinato ai guarda-coste, alle guardie di polizia navale, ai marinai militari e civili, ai veterani.

Come un ospedale ha fatto aumentare i suoi proventi.

L'Ospedale statale n. 2 del Missouri (Ospedale di S. Giuseppe) ha fatto aumentare i proventi, ponendo a cultura intensiva le sue terre, vaste 500 ettari. Vi sono stati addetti 12 fattori. Vi sono anche adibiti i pazienti le cui condizioni di salute

consentono qualche lavoro. Nel 1931 la produzione di frutta e di ortaglie ha importato più di 3 milioni di lire it.: questo reddito elevato dimostra come la produzione sia stata ottimamente organizzata.

Nuovo sanatorio alpino francese.

È stato inaugurato a Briançon un grandioso sanatorio per tubercolotiche; la località, dall'aria purissima, conta in media 300 giornate di sole all'anno. L'istituto è riservato in prevalenza a infermiere. Alla cerimonia inaugurale intervennero due ministri e i rappresentanti delle Facoltà mediche di Parigi e di Lione.

Conferenze del prof. Diez in Spagna.

Invitato da vari Enti culturali, il prof. Salvatore Diez ha tenuto in Spagna una serie di conferenze.

Nei giorni 23 e 24 maggio trattò a Madrid: « La simulazione e la personalità dell'infortunato » e « La Carta del Lavoro e l'assistenza sociale ai lavoratori in Italia », rispettivamente nella Scuola Nazionale di Sanità e nell'Istituto di rieducazione degli invalidi al lavoro.

Il 27 ed il 28 maggio a Barcellona, nell'aula della Clinica chirurgica, parlò su « Il problema dell'autolesionismo ed i suoi fattori economici, ambientali e psichici », e nell'Accademia di Medicina su i « Criteri medico-sociali per la riparazione del danno negli infortuni con riferimento alle legislazioni italiana e spagnola ». Assisteva a questa conferenza il deputato Trabal in rappresentanza del Governatore. Nel presentare il prof. Diez, furono pronunziate parole di ammirazione per lo sviluppo assunto dalla medicina del lavoro e sociale in Italia e per i provvedimenti adottati dal Governo Fascista; il Diez rispose in lingua catalana, portando il saluto della Scuola di perfezionamento di medicina del lavoro di Roma.

Il 29, di fronte ad una eletta schiera di dame infermiere, il prof. Diez disse della « Infermiera della Croce Rossa italiana in guerra e nelle opere sociali in pace » dando luogo ad una schietta manifestazione di simpatia per l'Italia.

Il Vice Console italiano che assisteva alla conferenza, nel ringraziare il prof. Tornel, direttore dell'Ospedale gestito dalla Croce Rossa, dell'entusiastico saluto rivolto al nostro Paese, mise in rilievo i vincoli di amicizia fraterna che uniscono le due nazioni latine.

La malattia dei minatori.

Il prof. Luigi Devoto, alla Clinica del Lavoro di Milano, per iniziativa della Società italiana di medicina del lavoro, ha rievocato, a proposito del cinquantenario del Traforo del Gottardo, la cosidetta « malattia dei minatori » od anchilostomiasi.

Rievocò i contributi recati alla conoscenza di questa malattia da Dubini, Perroncito, Bozzolo e altri italiani.

Per la lotta contro la brucellosi in Argentina.

La Commissione nazionale argentina per lo studio della febbre ondulante ha diramato una circolare ai medici, ai veterinari ed ai laboratoristi, per la raccolta rigorosa di dati, necessari onde valutare l'estensione del male e organizzare la lotta. La segreteria della Commissione ha sede in Buenos Aires, Vélez Sársfield 563.

Nella stampa sanitaria.

A cura della Società delle Nazioni, ha iniziato le pubblicazioni un Bollettino trimestrale dell'Organizzazione d'Igiene, in duplice edizione (in lingua francese ed in lingua inglese), destinato ai lavori che si compiono sotto gli auspicî di detta Organizzazione. Il primo fascicolo reca un articolo redattoriale introduttivo e sette relazioni (vaccinazione antidifterica, vaccinazione antirabbica, polmonite tropicale, approvvigionamento urbano del latte nel nord-America, insegnamento della medicina in Inghilterra, assistenza sanitaria nelle zone inondate della Cina). L'abbonamento annuo importa 10 franchi svizzeri. (Rivolgersi al: « Service des Publications de la Société des Nations », Genève, Svizzera).

Mostra artistica medica a Marsiglia.

Come Parigi, anche Marsiglia ha il suo « salon des médecins », ove si espongono lavori artistici eseguiti da medici o da persone delle loro famiglie. Vi figurano pitture, sculture, acqueforti, intagli, cesellature ecc.

Le mostre mediche di Marsiglia sono limitate ai medici della provincia, della Riviera, della Corsica e delle tre colonie francesi nord-africane. Di recente si è inaugurata la 5ª mostra, nei locali della galleria Detaille (La Canabière 77).

Regolamentazione delle specialità farmaceutiche nel Brasile.

Con decreto recente è stato regolamentato l'esercizio della professione farmaceutica nel Brasile; tra l'altro, viene disposto che la licenza per le specialità farmaceutiche decade dopo cinque anni: trascorso questo periodo dev'essere rinnovata.

Viaggio medico sulle Alpi.

Avrà luogo dal 26 giugno al 6 luglio, sotto il patronato della Facoltà medica di Lione; sarà diretto dal prof. Laignel-Lavastine di Parigi; luogo di riunione: Grénoble. Rivolgersi a: Secrétariat du Voyage Médical international dans les Alpes, La Malou (Hérault), Francia.

Crociera Polare Economica Turistica.

Si fa noto che si sta organizzando una gita nelle regioni polari, per il prossimo agosto. Si visiteranno i fiords norvegesi e il Capo Nord e si raggiungerà lo Spitzbergen, dove alla baia della Maddalena e alla baia del Re, De Pinedo, Nobile e Amudsen stabilirono le loro stazioni per la scoperta del Polo. Si raggiungerà anche la banchisa, il ghiacciaio polare oltre l'81 parallelo.

Il viaggio riuscirà quanto mai interessante per le particolari vedute, i paesaggi, i panorami ecc. Il piroscafo è un transatlantico della Amburgo-America, a classe unica, senza etichetta, e presenta tutto il conforto di bordo. La spesa si aggira sulle L. 2500, con partenza e ritorno ad Amburgo, escluse le escursioni facoltative che pure sono a molto buon prezzo. Per ulteriori informazioni scrivere: dott. prof. Quattrociocchi, piazza S. Luigi dei Francesi 34, Roma.

Apprendiamo all'ultimo momento la morte del prof. LUIGI PAGLIANI. Dell'illustre e compianto igienista ci occuperemo in un prossimo numero.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Presse Méd., 5 mar. — A. Besredka. Batterioterapia intestinale non specifica. — F. Ramond e J. D. Popovici. Fisiopatologia del tubo diger.

Prensa Méd. Arg., 30 gen. — J. Diez. Tiroidite legnosa di Riedel. — 10 feb. A. L. López. Biotipiologia. — P. M. Barbaro. Endocrinologia e reumatismi.

Soc. d. Hôp., 19 feb. — D. Paulian e al. Encefalomieliti atipiche dopo rivaccinaz. jenneriana e dopo morbillo.

Mediz. Klinik, 4 mar. — R. Schmidt. Proteinoterapia. — B. Kisch. Irradiazione dei riflessi autonomi.

Klin. Woch., 5 mar. — B. Zondek e H. Krohn. Ormone del lobo medio dell'ipofisi.

Münch. Med. Woch., 4 mar. — Meinicke. Sulla serologia della sifilide. — Beck. Ricambio del ferro nel neonato.

Mediz. Welt, 5 mar. — Numero sulla tbc.

Amer. Journ. Obst. a. Gyn., feb. — A. H. Bill. La nuovissima ostetricia. — S. D. Soule. L'attività della tiroide nella gravidanza normale. — P. W. Coombs. Compito delle infezioni locali nella tossiemia gravidica.

Revue Neurol., feb. — A. Wimmer. Le infezioni acute, non suppurate, del sistema nervoso.

Revue Méd.-Chir. des Maladies du Foie, du Pancréas et de la Rate, gen.-feb. — C. P. Leblond e M. Asnel. Il sistema ret.-endot. — L. Bétroux e P. Monnier. Colaluria.

Riv. Ital. di Ter., 30 gen. — L. Biancalana. Nuova cura dell'ulcera varicosa.

Morgagni, 21 feb. — T. Ricozzi. Le astenie endocrine e la loro terapia.

Arch. It. di Chir., 1. — M. Agrifoglio. Stenosi croniche del duodeno da perivisceriti. — C. Trinchera. Tumore del glomo carotideo; asportaz.

Brasil-Med., 13 feb. — A. Aleino. Contagio della blenorragia infant.

Presse Méd., 9 mar. — M. Chiray e R. Gerolami. La crisi biliare. — P. Moure e R.-H. Martin. Trombo-flebite da sforzo.

Riforma Med., 5 mar. — M. Gavazzeni e G. C. Besozzi. Alcaptonuria e idrati di carbonio.

Minerva Med., 3 mar. — Dall'Acqua. Studio radiologico della mucosa gastr.

Arch. Istit. Biochim. It., feb. — R. Scalabrino. Flora batterica degli ascessi gangrenosi polmon.

Lancet, 12 mar. — H. U. Fullerton e al. Trattamento dell'uremia diabetica.

Münch. Med. Woch., 11 mar. — Burkardt. Trattam. dei reumatismi con zolfo e iodio.

Sang, 3. — C. T. Nicolau e A. Proca. Granulazioni tossiche dei leucociti nella scarlattina. — J. V. Grott. Diagn. del diabete mell.

Indice alfabetico per materie.

C. Frugoni, Red. capo. A. Pozzi, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XXXIX Roma, 20 Giugno 1932 - X Num. 25

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI.

Le inalazioni di gas carbonico in alcune circostanze post-operatorie

di L. HELMAN,
chirurgo all'« Ospedale israelita di Galatz »
(Romania).

Sono abbastanza frequenti le circostanze nelle quali somministriamo ossigeno per inalazioni ai malati.

L'applicazione di questo mezzo terapeutico non corrisponde sempre alle nostre speranze, per il fatto che gli insuccessi sono assai numerosi. Questi, sono in parte dovuti al fatto che si somministra spesso ossigeno là dove non c'è nessuna indicazione a farlo. Si chiede all'ossigeno più di quello che egli può dare e da qui deriva l'esagerazione di somministrarlo ad ogni moribondo. D'altra parte gli insuccessi tengono dal fatto — che ricerche minuziose nel dominio della fisiologia della respirazione, hanno dimostrato — che l'ossigeno ha bisogno di un fattore intermediario che lo metta in valore. All'anidride carbonica spetta questo compito, per la qualità che essa ha di essere l'eccitante del centro bulbare della respirazione. Brown-Sequard e Traube sono i primi autori che hanno attirato l'attenzione su questo fatto.

L. Fredericq ha fatto — in relazione a questo fenomeno — un'esperienza di una grande importanza: Ha messo in relazione reciproca le circolazioni cerebrali di due cani — A e B — così che il sangue del cane irrorava il cervello del B e il sangue del cane B quello del cane A. Stringendo la trachea di A, per l'asfissia che si produce, il cane B riceve un sangue più ricco in CO_2. L'effetto di questo fatto si vede subito; il cane B presenta immediatamente una respirazione accelerata.

Haldan ha mostrato che per l'uomo basta che la tensione del CO_2 aumenti di 1,6 mm. perchè la ventilazione polmonare si raddoppi. La ventilazione polmonare non dipende dalla proporzione di ossigeno che si trova nell'aria

perchè per quanto si cambierebbe questa proporzione, essa non potrebbe essere modificata. Jourdanet (1861) e P. Pert (1878), studiando i disturbi che si hanno nel cosidetto mal di montagna, sono arrivati alla conclusione che essi si spiegano per la mancanza di ossigeno. È questa la teoria dell'anossiemia che è stata negata dal Mosso e sostituita con quella dell'« acapnia ». Nel suo trattato « Fisiologia dell'uomo sulle Alpi » (1909) egli dimostra che i disturbi degli ascensionisti sono dovuti alla mancanza di CO_2 e non a quella dell'ossigeno come prima si credeva. Diminuendo la quantità di CO_2, il centro respiratorio non riceve il suo eccitante normale e per questo la respirazione diminuisce o anche si arresta.

In appoggio a questa teoria Aggazzotti ha dimostrato che in un'atmosfera con una depressione barometrica di 122 mm. Hg. — che corrisponderebbe a 14.000 m. d'altitudine — è possibile la vita solo se questa atmosfera contiene 7-12 % CO_2. Il Levi, fin dal 1910, ha dimostrato che nella respirazione di Cheyne-Stokes, l'ossigeno allunga il periodo di apnea, mentre il miscuglio ossigeno-biossido di carbonio lo sopprime. Questo fu il primo tentativo di applicazione della miscela ossigeno-CO_2 e con questo si crea un metodo nuovo che porta ai notevolissimi risultati.

Il merito di aver chiarito questo punto importante della fisiologia della respirazione spetta alla Scuola Italiana. Le ricerche di Jandel Henderson della Yale University, hanno dimostrato che il CO_2 ha una parte importante nel mantenimento dell'equilibrio acido-basico del sangue.

L'aumento del CO_2 alveolare fa aumentare il CO_2 del sangue e così aumentano gli ioni H. Siccome gli ioni H sono l'eccitante del centro bulbare della respirazione, ad un aumento del CO_2 avremo una ventilazione polmonare più intensa. La respirazione divenendo più ampia, anche l'eliminazione del CO_2 aumenta anch'essa e con questa gli ioni H diminuiscono nel sangue. In questo modo si stabilisce una variazione continua: ciò che rappresenta la respirazione normale.

Per fare aumentare nel sangue gli ioni H bisogna che cresca la tensione del CO_2 nel sangue e questa si ottiene con l'aumento della tensione alveolare del CO_2.

Basta che facciamo inalare ad un individuo del CO_2 in modo da aumentare la tensione del CO_2 alveolare perchè immediatamente si abbia un aumento della tensione del CO_2 nel sangue. Il CO_2 non è soltanto l'eccitante del centro respiratorio ma favorisce anche lo scambio dei gas nei tessuti. La dissociazione dell'ossiemoglobina e la messa in libertà dell'ossigeno, si fa molto più intensamente in presenza di CO_2 in eccesso. Il biossido di carbonio favorisce l'aumento del coefficiente di utilizzazione dell'ossigeno. Von Canon ha dimostrato — durante l'ultima guerra — che i soldati in stato di shok, hanno una diminuzione del CO_2 nel sangue. Per questa causa si produrrebbe un indebolimento del tono venoso e da qui la caduta della pressione sanguigna.

Il CO_2 somministrato senza nessuna norma diventa molto pericoloso. Non bisogna dimenticare che è un gas tossico e che il suo impiego deve essere oculato.

L'inalazione di aria in cui il CO_2 sia presente nella concentrazione del 20 % provoca movimenti respiratori molto frequenti e molto ampi e in breve è seguita da morte. Paul Bert ha dimostrato che la tossicità aumenta, aumentando la pressione. Il CO_2 sotto bassa pressione e in dosi deboli è un tonico cardiaco e produce movimenti respiratori profondi e lenti.

Ho avuto occasione di osservare, in un caso di paralisi del centro respiratorio per intossicazione con morfina, le conseguenze dell'inalazione di CO_2 somministrato in concentrazione elevata e con effetti del tutto identici a quelli osservati nello esperimento. Sopra questo punto ritornerò riportando le osservazioni cliniche.

Somministrato in grandi dosi e sotto forte pressione, il CO_2 produce convulsioni, miosi, insensibilità; la morte si produce in un tempo che può variare a seconda della concentrazione.

Abbiamo visto che il Levi è stato il primo (1910) che ha utilizzato il miscuglio dei gas O e CO_2.

Il metodo — però — solo da qualche anno ha cominciato ad essere utilizzato su una scala più ampia.

Henderson e Haggard utilizzano il miscuglio conosciuto in America sotto la formula "5-95" cioè cinque volumi CO_2 e 95 di O.

Burns e Middleton utilizzano il miscuglio "10-90". La somministrazione del miscuglio sopra detto si fa con una maschera speciale collegata mediante 2 tubi con i recipienti di CO_2 e O.

Nel 1928 K. H. Erb ha pubblicato il primo caso nel quale aveva somministrato CO_2 per inalazioni ad un ammalato intossicato con morfina. Si trattava di un giovane di 23 anni tracheotomizzato per un tumore del collo. Avendo dolori continui gli viene prescritta la morfina. Nella giornata prende 15 goccie di una soluzione all'1 % di morfina. Nel pome-

riggio dello stesso giorno gli viene praticata una iniezione di un centigrammo sottocute e più tardi 0.0005 di scopolamina. Verso le otto di sera si osserva che l'ammalato — che dormiva — ha il respiro molto superficiale e raro. Si tenta la respirazione artificiale e l'iniezione di lobelina. Con tutto ciò alle 10 di sera lo stato del malato è agonico: arriva a quattro respirazioni al minuto ed il polso diventa filiforme. Tutti i tonici cardiaci risultano inutili. Allora si ricorre alla somministrazione di CO_2 mediante un tubo introdotto nella canula da tracheotomia. L'effetto è immediato: il paziente fa inspirazioni profonde e il colorito diviene normale. Dopo cinque minuti ricade di nuovo in stato di apnea. Si somministra di nuovo CO_2; il malato rinviene; articola qualche parola e ripetendo l'inalazione di CO_2 rinviene completamente. Muore 15 giorni più tardi di polmonite. Il caso è molto importante perchè dimostra l'effetto rapido del CO_2 quando gli altri mezzi erano rimasti inefficaci.

Mc. Curdy — nel giornale *American Medical Association* del 1929 — pubblica un altro caso, di un bambino di dieci giorni con labbro leporino. Come preparazione all'anestesia con etere gli si era stata data una dose minima di morfina e atropina nonostante che molti autori siano contrari alla somministrazione della morfina ai bambini. Dopo la iniezione il paziente ha presentato disturbi gravi della respirazione che hanno ceduto soltanto alle inalazioni di CO_2. Gli altri mezzi conosciuti erano rimasti senza nessuno effetto.

A questi due casi — conosciuti da me — dalla letteratura tedesca e americana, aggiungo l'osservazione di un caso osservato personalmente e grazie al quale ho potuto convincermi dei risultati veramente miracolosi delle inalazioni di CO_2.

Si tratta della Sig.ra R...., di Galatz (Romania), di 22 anni, malata di appendicite cronica, per la qual malattia entra nel servizio di Chirurgia dell'Ospedale Israelita di questa città. È di costituzione debole. Dagli antecedenti è degno di nota — da quanto riferiscono i famigliari — che la nostra malata abbia sofferto di encefalite letargica quattro anni prima. Non presenta nessun postumo dell'encefalite, tranne una certa nervosità nei gesti e nel parlare. Rifiuta l'anestesia rachidea e domanda insistentemente di essere sottoposta a narcosio. Come preparazione all'anestesia le viene praticata una iniezione di 2 ctgr. di morfina e mezzo milligrammo di atropina. Tre quarti di ora più tardi la nostra ammalata presenta segni certi d'intolleranza: eruzioni su tutto il corpo, edema delle palpebre, lieve cianosi delle unghie; tutto scompare in qualche ora. Rimando l'operazione per qualche giorno; il 2 giugno 1930 eseguisco l'appendicectomia sotto rachianestesia con 0,10 ctg. di Novocaina-adrenalina. Tutto decorre normalmente; alla visita serale, la paziente si sente abbastanza bene. Alle 9 di sera, accusando dolori, le viene praticata una iniezione di 1 ctgr. di pantopon. La paziente si calma ma due ore dopo la respirazione non è normale. Il medico chiamato di urgenza constata un polso frequente, debole, cianosi del viso e delle estremità e una respirazione superficiale e rara. Si somministrano tonici cardiaci ma senza effetto. A mezzanotte la malata continua a presentare un polso frequente, ipoteso, aritmico. La respirazione è superficiale con periodi di apnea; vi è cianosi del viso e delle estremità. La pupilla è miotica e non reagisce alla luce. Riflesso corneale abolito. Condizioni agoniche. Cominciamo a fare la respirazione artificiale e abbiamo l'impressione chiara che solo con questo mezzo si riesce a tenere in vita la paziente. Tento un'iniezione di lobelina ma senza effetto. Somministriamo allora ossigeno per iniezione sottocutanea e per inalazione. Per tutta la notte la situazione si mantiene invariata. Si continua con la respirazione artificiale, tonici cardiaci, ossigeno.

L'eccitamento della mucosa pituitaria per mezzo di una penna intinta di ammoniaca non produce nessun riflesso.

Allora pensai di somministrare alla malata per inalazione del CO_2, per quanto non possedessi nessun apparecchio speciale. Mi sono procurato un tubo di acido carbonico — di quelli che usano i fabbricanti di acqua gassosa — al quale ho adattato un tubo di gomma il capo del quale l'ho introdotto nell'apertura nasale. Ho somministrato allora qualche getto di gas sotto bassa pressione e con stupore di tutti, ecco la paziente colorarsi in viso e fare da sola qualche movimento respiratorio profondo. Dopo di che cade di nuovo nello stato di prima. Somministro dopo quasi 4-5 minuti primi ancora del gas e la paziente respira di nuovo da sola. Continuando così dopo quasi un'ora la paziente si rimette completamente. Esce poi dall'Ospedale — dopo 12 giorni — completamente guarita. Oggi si trova in perfetta salute.

Da ciò che abbiamo visto, si trattava di una intossicazione di morfina con disturbi gravi della respirazione per paralisi del centro respiratorio.

In questo caso, il fallire degli altri mezzi terapeutici e il rapido effetto ottenuto con la somministrazione del CO_2, indicano chiaramente il risultato che il CO_2 stesso ha dato.

Vero è che si potrebbe sostenere che la somministrazione del CO_2 è stata iniziata dopo qualche ora dall'inizio dei fenomeni, quando l'azione tossica del pantopon era già diminuita e che anche senza il CO_2 si sarebbe ottenuto un buon risultato. La conferma della nostra asserzione sta nel fatto che era stato necessario somministrare in varie riprese il CO_2 e tutte le volte che si interrompeva la somministrazione la paziente ricadeva nello stesso stato grave di prima.

Le inalazioni di CO_2 — tanto utili — non sono ancora entrate nella pratica giornaliera. Tra quelli che le utilizzano, citeremo Dzialo-

zinsky il quale in un caso di embolectomia (fatta da Mayer) sopraggiungendo una sincope respiratoria, ha impiegato con successo le inalazioni di CO_2.

Fischer ha applicato il metodo a 300 malati. Egli ha somministrato il CO_2 — per inalazione — durante l'anestesia e dopo l'operazione, arrivando alle seguenti conclusioni:

I malati si risvegliano più presto, i vomiti sono meno frequenti e meno severi. Le complicazioni polmonari appaiono molto raramente e se qualche volta sopravviene una lieve bronchite, questa cede presto.

In America Bruns e Middleton utilizzano il miscuglio "5-95" quale mezzo profilattico contro le congestioni polmonari, specialmente nei vecchi con fratture ossee.

Henderson e Haggard hanno osservato che la polmonite che era molto frequente in seguito alle asfissie per CO, da quando utilizzano le inalazioni di CO_2 è diventata molto rara.

In Romania il metodo è stato utilizzato dal Prof. Iacobovici di Cluj. Nella Rivista *Clujul Medical*, Lupa ha pubblicato un articolo sopra questo argomento, riferendo del modo di somministrazione del CO_2 nella cinica del Prof. Iacobovici.

In ciascuna sala d'operazione esiste un pallone di ossigeno e uno di CO_2. Quando il malato al principio dell'anestesia respira in modo irregolare gli viene dato il CO_2, previo allontanamento della maschera.

In caso di sincope durante l'anestesia, si ripete la somministrazione del CO_2.

Oltre che nei casi di sincope respiratoria durante l'anastesia e di paralisi del centro respiratorio nelle intossicazioni con morfina, le inalazioni di CO_2 si utilizzano ancora nei casi di atelectasia polmonare, complicazione post operatoria abbastanza studiata in questi ultimi tempi e della quale non è qui il luogo di parlare.

Somministrando CO_2 ai malati con questa complicazione e facendo il controllo radiografico, rendiamo meglio conto degli effetti del CO_2. Là dove zone intere di polmone atelettasico sono opache, sotto l'influenza del CO_2 queste zone si rischiarano e così si affretta la guarigione.

Russel F. Sheldon di Boston si è servito di CO_2 in 11 casi di singhiozzo (provocato da varie cause). Egli constata che il singhiozzo si arresta durante la somministrazione di CO_2 e anche dopo per un periodo di tempo dalla somministrazione. In qualche caso il singhiozzo sparisce completamente. L'Autore raccomanda che ai malati molto deboli si somministri il CO_2 con grande attenzione perchè provoca un aumento della pressione sanguigna ed una contrazione esagerata nei muscoli respiratori.

Da quello che abbiamo fin qui esposto si può dedurre di quale aiuto prezioso sia il CO_2. Lo possiamo utilizzare senza difficoltà e in mancanza di apparecchi speciali, anche con un semplice pallone. Oltre i buoni risultati che il CO_2 dà nei casi dove sia somministrato durante o dopo la narcosi, otterremo risultati sorprendenti anche in molte altre circostanze difficili quando la vita del malato è in pericolo.

RIASSUNTO.

Il CO_2 è il vero fattore che regola la respirazione perchè dalla sua tensione alveolare dipende l'aumento o la diminuzione degli ioni H nel sangue, ioni che sono l'eccitante del centro bulbare della respirazione.

L'A. ha utilizzato le inalazioni di CO_2 in un caso di intossicazione di morfina con disturbi gravi della respirazione per paralisi del centro respiratorio, e ha avuto un ottimo e rapido effetto, mentre erano falliti altri mezzi terapeutici.

BIBLIOGRAFIA.

1. A. RICHAUD. *Précis de thérapeutique*, 1921.
2. RUSSELL F. SHELDON. *Control of Hiecup By inhalation of Carbon Dioxide.* Journal American Medical Association, 1 ott. 1927.
3. BURNS-MIDDLETON. *Carbon Dioxide in Treatment of Hypostatic Pulmonary Congestion.* American Journal Medical Sciences, Philadelphia, 1929.
4. MOGILEV. *Bedeutung der Kohlensäure in der Profilaxie der postoperativen Komplicationem.* Zentralblatt für Gynäkologie, agosto 1930.
5. TRB. In Münchener medizinische Wochenschrift, agosto 1928.
6. J. R. MC. CURDY. *Carbon Dioxide inhalation in Morphine Poisoning.* J. A. M. A., 1929.
7. V. HENDERSON-HAGGARD. *Hyperventilation of the lungs as a prophylactic measure for Pneumonia.* Ibid., febbr. 1929.
8 J. MONZON. *L'inhalation de gaz carbonique. Méthode de Jandell-Henderson stimulant et regulateur de la fonction respiratoire.* Presse Médicale, 16 genn. 1929.
9. KURT SOMMER. *Asphyxie behandlung des Neugeborenen.* Zentralblatt f. Gynäcologie, 1930.
10. AL. LUPAN. *Combaterea accidentelor respiratorii prin inhalatiuni de Bioxid de carbon.* Clujul Medical, 1 dic. 1929.
11. H. GAUDIER. *Traitement des complications pulmonaires post-opératoires et de l'asphyxie pendant les anesthésies générales par les inhalations d'acide carbonique et d'oxygène.* Bulletins et Mémoires de la S. N. de Chirurgie de Paris, 26 dic. 1931.
12. A. DZIALOSZYNSKI. *Apparatur zur Kohlensäureinhalation und bildlich Darstellung der Kohlensäureanwendung am Kranken.* Dts. Z. f. Chir., vol. 205, pag. 22, 1927.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Ospedale Bambino Gesù — Roma
Rep. Isolamento
diretto dal Prof. Ugo Mancini, med. primario.

Contributo alla conoscenza dello stridore congenito

per il dott. Felice Fasella, aiuto medico.

È nota la grande importanza della sindrome stridorosa nella patologia del neonato e quanto sia necessario e talora assai arduo stabilire la causa determinante del grave disturbo della respirazione.

Sono ormai abbandonate le teorie uniciste per spiegare tutti i casi di stridore; è noto che lo stridore congenito può dipendere:

A) Da cause meccaniche:

1) malformazioni primitive o secondarie dell'epiglottide o del laringe;

2) compressione del laringe o della trachea da parte di un timo o di una tiroide tumefatti o da tumori;

3) macroglossia;

4) micrognatia con glossoptosi.

B) Cause nervose. Per spiegarne il meccanismo sono state emesse varie teorie:

1) disturbo dei centri coordinatori dei movimenti respiratori (Tompson);

2) arresto di sviluppo dei centri del nervo ricorrente e conseguente disturbo della funzione della muscolatura del laringe (Trump);

3) crampo clonico della glottide (Loeri).

Le crisi di soffocazione da laringospasmo sono da separare completamente dai casi di stridore congenito. Esse fanno parte del quadro della tetania, responsabile della diatesi spasmofila del soggetto. (Chwostech, Trousseau, Erb).

I principali trattati di anatomia patologica e di pediatria dedicano poche parole alla menzione della Micrognatia e i casi descritti nella letteratura sono pochissimi; ritengo perciò interessante riassumerli brevemente ed illustrare il caso da me osservato e seguito con la guida del mio primario, che vivamente ringrazio.

A quanto mi risulta dalla letteratura consultata in proposito, il mio caso sarebbe il 2° pubblicato in Italia, (Il 1° è il caso di Gismondi).

Shukowski (1911) in uno studio sulla etiologia e patogenesi dello stridore congenito, riferisce 3 casi di neonati di pochi giorni, a termine, che già alla nascita o al massimo 3 giorni dopo presentavano: respiro stridoroso, rientramenti del torace e attacchi asfittici, che condussero a morte due dei piccoli malati. Ai disturbi respiratori si aggiungevano gravi disturbi della deglutizione e conseguente difficoltà della alimentazione.

In 2 casi si aveva abnorme piccolezza della porzione orizzontale della mandibola a causa di una speciale ristrettezza del cavo orale. La lingua era tanto piccola, che se ne vedeva nel cavo orale solo la porzione anteriore, aveva una tale tendenza a cadere all'indietro, che per evitare la soffocazione fu suturata alle guancie. In uno dei casi si aveva anche palato fesso molto accentuato, nell'altro caso era appena accennato. In uno dei casi esistevano dati anamnestici, clinici ed anatomo-patologici tali da far pensare alla possibilità di una eredolue.

Robin (1925) a proposito delle malformazioni cranio-facciali, richiama nuovamente l'attenzione sulla glossoptosi e sui disturbi che essa arreca: difficoltà di respirazione e deglutizione. Per ovviare ad essi, propone la poppata ortostatica.

Lenstrupp (1925) illustra 3 casi: bambini dell'età da 8 giorni a 6 settimane, soggetti ad attacchi di soffocazione e a stridore congenito, causati da una speciale malformazione della mandibola, piccolezza ed arretramento, che dava al volto dei piccoli pazienti, aspetto di uccello. In tutti si aveva caduta all'indietro della lingua, che si accollava completamente alla parete posteriore del faringe, nei movimenti di suzione.

In tutti e tre i casi si aveva palato fesso, grave stato di denutrizione e pallore intenso. Si aveva dispnea inspiratoria, tiraggio, rientramenti inspiratori della parete toracica, attacchi di soffocazione, con pallore, cianosi, esoftalmo.

Se si esercitava trazione in avanti della lingua, se si spingeva avanti la mandibola o si faceva giacer bocconi il bambino, questo respirava più liberamente.

Ad un esame radiologico si vide una abnorme piccolezza del corpo della mandibola in rapporto alle branche ascendenti. La lingua radiografata mentre il bambino gridava, si vedeva caduta completamente indietro, in modo da aderire alla parete posteriore del faringe e bloccare l'ostio faringeo.

I tre bambini furono dimessi notevolmente migliorati.

Bagg (1929) in uno studio sullo stridore congenito, descrive 2 casi di micrognatia. I caso: bambino di 6 settimane, nato a termine da parto eutocico da genitori sani, dalla nascita ha sofferto di respiro sibilante. All'ingresso in ospedale 25-III-25 si presenta ben nutrito, ro-

seo, ha malformazioni della mano, piede equino e struma congenito. Colpisce la piccolezza della mandibola, per cui l'arcata gengivale superiore sopravanza di molto l'inferiore ed il volto assume l'aspetto di un muso di lepre. Quando la bocca è aperta, la lingua cade all'indietro e lo stridore diventa molto più intenso. Lo stesso accade con le grida.

Il bambino fu rivisto l'11-IX e il 10-XI-1925 molto migliorato, perchè, pur rimanendo l'arcata gengivale inferiore molto arretrata rispetto alla superiore, tuttavia, per l'accrescimento generale, la bocca è diventata più grande e la lingua relativamente più piccola; lo struma è pure assai migliorato.

Alla radiografia non si vede alcuna iperplasia del timo o struma sottosternale e all'esame laringoscopico nessuna causa dimostrabile di stridore. Fu posta la diagnosi: Micrognatia causa di stridore.



FIG. 1.

II caso: bambino prematuro età 7 giorni. Ricoverato in ospedale l'11-7-'26; presenta dalla nascita stridore inspiratorio e va soggetto a crisi di soffocazione con cianosi e tiraggio. Presenta mandibola molto piccola, lingua piccola che cade all'indietro; palato e ugola fessi. Si tentò di fissare la lingua in avanti attraversandola con un filo, ma si tagliò la lingua producendo grave emorragia e infezione della ferita. Si evitò lo stridore, la cianosi e il tiraggio spingendo in avanti la mandibola come nella narcosi o facendo giacere il bambino sul ventre. Il bambino morì di sepsi ombelicale. Diagnosi: Sepsi ombelicale. Epiglottide normale. Non ingrandimento del timo. Micrognatia che devesi interpretare causa dello stridore.

Janse (1930) descrive un bambino di 8 settimane, che presentava una macroglossia associata a micrognatia, causa di gravi difficoltà della respirazione. Mediante la fissazione in avanti della lingua si tentò di migliorare il disturbo, ma il bambino morì di broncopolmonite.

Cannon Eley e Farber (1930) descrivono 4 casi in cui, come nei precedenti si aveva fessura del palato, piccolezza della mandibola, specie della porzione orizzontale, arcata gengivale inferiore notevolmente arretrata rispetto alla superiore; respiro stridoroso e stenotico, attacchi di soffocazione e cianosi.

La lingua cadeva all'indietro, restando applicata contro la parete posteriore del faringe. Si avevano gravi difficoltà di alimentazione. La radiografia confermava la piccolezza della porzione orizzontale della mandibola e la piccolezza della lingua. Uno di questi neonati morì di soffocazione nonostante che fosse stato operato di tracheotomia. Alla necroscopia si trovò: (broncopolmonite, congestione dei reni, dei surreni, della milza, degenerazione grassa del fegato. Arcata mandibolare arretrata rispetto alla mascellare superiore di 8 mm. a livello delle arcate dentarie. La mandibola poteva essere spostata in avanti di circa 1 cm. Margini alveolari ben formati. La lingua situata all'indietro non poteva essere tirata in avanti oltre i margini alveolari. Nessuna deformazione della rima glottidea. Deviazione a destra del setto nasale, con ostruzione della narice destra.

Diagnosi anatomica: Anomalia congenita della mandibola con retrazione della lingua ed ostruzione del faringe e dell'epiglottide (sic); palato fesso; deviazione a destra del setto nasale con ostruzione della coana destra.

***

Gli AA. propongono come *cura un apparecchio costituito da un filo di rame robusto, che circonda la fronte del bambino precedentemente protetta da una fascia di flanella, piega in basso ad angolo retto e forma un'ansa attorno alla mandibola. Le parti discendenti e l'ansa devono essere rivestite da un tubo di gomma. L'apparecchio si applica mediante fettuccie legate nei punti dove il filo di rame piega ad angolo retto ed allacciate attorno al capo, così da tenere l'apparecchio ben fisso, in modo che la porzione discendente aderisca*

alla branca montante della mandibola, che viene portata in avanti e innalza così anche la lingua.

Gismondi (1931) riferisce di un bambino di 32 giorni, nato a termine da parto eutocico, da genitori sani. Subito dopo la nascita ebbe respirazione rumorosa e poi accessi di soffocazione con cianosi, specie se il bambino giaceva supino. Ricoverato il 30-XI-1930 presentava: Condizioni di sviluppo, nutrizione e sanguificazione scadenti. Colpisce lo speciale aspetto di uccello dovuto alla brevità dell'arcata della mandibola, il cui margine gengivale si trova arretrato rispetto a quello della mascella superiore.

Stridore inspiratorio, rientramenti al giugulo ed all'epigastrio; bocca piccola. La lingua situata all'indietro, sembra ostruire il cavo faringeo e l'aditus ad laringem. Collo piccolo per piccolezza della regione sopraioidea. Nulla di speciale agli organi toracici, mediastinici ed ipocondriaci.

Con l'intubazione delle vie nasali non si riesce a far cessare lo stridore, che si attenua mettendo il bambino sul fianco o bocconi e scompare se si porta in avanti la mandibola, assai mobile, premendo sulle branche montanti. È evidente la fatica del bambino a poppare, lascia il seno dopo pochi secondi, per riattaccarsi e continuare così. Si tentò con scarso risultato la poppata ortostatica proposta da Robin. All'esame radiografico si notò un modico grado di opistogenia, lingua dislocata indietro nel cavo faringeo. La R. W. fu negativa. Fu applicato l'apparecchio di Eley e Farber, che diede buoni risultati riguardo all'alimentazione, minore beneficio allo stridore respiratorio e agli attacchi di cianosi. Il bambino uscì dopo 6 giorni di degenza per volere dei genitori e morì pochi giorni dopo, in seguito ad un attacco di soffocazione. Non si sa se il bambino abbia sempre tenuto l'apparecchio, come era stato raccomandato.

CASO PERSONALE. — Ch. Alberto. Nato l'11-X-1930 entra in ospedale il 3-VII-1931. Non parentela fra i genitori, non alcoolismo, non tbc.; non malattie nervose. Il padre ebbe ulcera unica e fece prima del matrimonio iniezioni endovenose, non sa dire nè quante, nè di quale preparato. La prima gravidanza materna terminò con aborto al 3° mese. Il P. nacque a termine, da parto fisiologico. Subito dopo la nascita si notò forte stridore inspiratorio, che aumentava appena si metteva il bambino supino. Sino a 3 mesi ebbe allattamento materno, irregolare per la dispnea gravissima, che insorgeva durante la suzione e rendeva assai lunga e penosa la poppata. Poi la madre preoccupata da tali fatti e dalle gravi condizioni generali del bambino cominciò a nutrirlo artificialmente. In tale epoca cominciò anche a frequentare un ambulatorio per lattanti, dove fece, nello spazio di 4 mesi 30 applicazioni di raggi ultravioletti. Da tale cura non ebbe alcun vantaggio. Soffrì solo di qualche disturbo intestinale.

Il 20-VI-1931 ebbe febbre alta e poi tipica eruzione morbillosa. Impallidita l'eruzione, la febbre persistè elevata, lo stridore si accentuò e si complicò con cianosi, difficoltà della deglutizione ed aggravamento delle condizioni generali.

All'ingresso in ospedale (3-VII-1931). Condizioni generali gravi.

Nutrizione molto scaduta. Pallore intenso, con lieve cianosi dei segmenti distali. Esistono ancora tracce appena percepibili del pregresso esantema morbilloso. Lieve desquamazione furfuracea. Respiro 40 con intenso stridore inspiratorio. Polso 120 piccolo molle ritmico. Cranio voluminoso, dolicocefalo. Guardando il P. di profilo, colpisce la piccolezza della parte inferiore del volto, specie della mandibola e la notevole sporgenza del naso e della mascella superiore (aspetto di uccello). La bocca non chiude bene perchè il labbro inferiore è tirato all'indietro. L'arcata gengivale inferiore è all'indietro della superiore di 4 mm. misurati a livello degli incisivi mediani, gli unici esistenti ed è bilateralmente all'interno della superficie. Lingua piccola caduta all'indietro. Palato notevolmente ogivo, completo. Faringe normale. Torace carenato, appiattito in senso laterale nei 2/3 superiori, svasato alla base. Evidente solco di Harrison. Rientramenti inspiratori alla base del torace ed all'epigastrio. Segni di bronchite diffusa e di broncopolmonite alla base destra del torace. Addome voluminoso, fegato e milza alquanto aumentati di volume.

Il massimo dello stridore si ha in posizione supina. Sollevando la mandibola, in modo da portare a combaciare le due arcate dentarie, lo stridore scompare; diminuisce notevolmente facendo giacere il bambino sul fianco.

Cutireazione alla tubercolina umana e bovina negative. R. W. — — —; R. W. della madre — — —; R. W. nel padre: ritardo di emolisi con due antigeni, con un antigene negativa.

L'esame radiografico del torace, eseguito in varie posizioni, fece escludere sia un'ipertrofia del timo, sia un'adenopatia tracheo-bronchiale, a cui riferire eventualmente il grave disturbo respiratorio. La radiografia del cranio mise invece in evidenza la brevità del corpo della mandibola, l'arretramento dell'arcata gengivale inferiore e la caduta all'indietro della lingua.

All'inizio della degenza si ebbero gravi disturbi della deglutizione, che diminuirono quando il bambino guarì dalla bronco-polmonite e quando si ebbe l'avvertenza di far stare sempre il piccino sul fianco durante la suzione.

Alla metà luglio guarigione della bronco-polmonite; alla fine luglio anche della bronchite.

Durante la degenza furono praticate iniezioni endomuscolari di Neo I.C.I.

Alla metà agosto: nutrizione sempre molto scaduta, stridore inspiratorio in decubito supino. Catarro bronchiale diffuso.

Ai primi di settembre aumentarono i segni di catarro bronchiale e si formarono nuovi noduli di bronco-polmonite; le condizioni generali si aggravarono rapidamente, il 7-IX si ebbe la morte.

Autopsia: abnorme piccolezza della lingua; agenesia del mascellare inferiore. Bronco-polmonite

nodulare confluente di quasi tutto il polmone destro con aderenze pleuriche interlobari recenti; bronco-polmonite nodulare della base del polmone sinistro.

Colite follicolare.

La micrognatia congenita si deve distinguere dalla micrognatia acquisita per anchilosi dell'articolazione temporo-mandibolare avvenuta in tenera età e che è bene studiata nella sua patogenesi e nella anatomia patologica in un lavoro di Seifert (1925).

La micrognatia congenita, in cui l'articolazione temporo-mandibolare è mobilissima viene classificata tra le malformazioni del segmento inferiore della faccia.

Nel trattato di Foà trovo scritto: « L'aplasia colpisce la mandibola inferiore, la quale può essere insufficientemente sviluppata (Micrognatia, Tar.) o mancare del tutto (Ipoagnatia, Tar.).

In questi casi la faccia ed il cranio possono essere perfettamente conformati, invece la bocca può mancare del tutto (Astomia, Gull) oppure è piccolissima (microstomia) o situata in posizione verticale... Talvolta questi processi sono da considerare come secondari a compressioni meccaniche subite dal feto (Gruber) ma possono anche essere primitivi ed allora assai spesso si complicano con altri gravi processi teratologici... ».

Anche Kaufmann classifica la micrognatia congenita nello stesso capitolo. I pediatri nominano la micrognatia tra le cause di stridore congenito. Secondo tutti gli autori, la malformazione sarebbe rarissima.

Wankel fa una distinzione tra il momento genetico causale e il momento puramente embriologico formativo. Sotto questo riguardo la micrognatia congenita farebbe parte del gruppo di malformazioni dovute ad arresto di sviluppo da ostacolata differenziazione degli archi branchiali durante la vita embrionale.

Quale momento genetico causale di tutte queste malformazioni, sono state accusate: la ristrettezza dell'utero, o dell'amnios, le briglie amniotiche, ecc.

Alcuni AA. hanno ricercato il fattore ereditario, che però non appare nei casi descritti ed è da escludersi in quello di Gismondi e nel mio personale.

L'eredolues si poteva sospettare in uno dei casi di Sukowski e nel mio.

Volendo riassumere il quadro della Micrognatia congenita potremmo dire: Bambini nati generalmente a termine, che nella maggior parte dei casi sono deboli, hanno peso inferiore alla norma e presentano altre malformazioni congenite. Fin dalla nascita o subito dopo soffrono di più o meno gravi disturbi della respirazione consistenti in stridore inspiratorio, a cui si associano molto frequentemente attacchi di soffocazione con rientramenti della base del torace e dell'epigastrio (tiraggio) e cianosi. Contemporaneamente esistono gravi disturbi della deglutizione e quindi della alimentazione e della nutrizione.

I disturbi respiratori si accentuano nel decubito supino, si attenuano spingendo in avanti la mandibola o mettendo il bambino bocconi o su un fianco.

All'esame obbiettivo colpisce l'aspetto particolare del profilo del bambino, che alcuni AA. definiscono profilo di uccello, altri di lepre. Si ha una evidente sporgenza della parte superiore del volto, in contrasto con una piccolezza della bocca e particolarmente della mandibola, specie del corpo.

Si ha caduta indietro della lingua, che si accolla alla parete posteriore del faringe, provocando lo stridore e gli attacchi di soffocazione.

Le malformazioni congenite, che più frequentemente si associano alla piccolezza della mandibola sono: il palato e l'ugola fessi; la macroglossia; la microglossia. Deformazioni varie dello scheletro: piede torto, torace carenato.

La prognosi sembra notevolmente grave sia per il pericolo di soffocazione, sia perchè la malattia predispone alle malattie dell'apparato respiratorio.

I 3 casi di Lenstrupp furono dimessi grandemente migliorati, dei 3 casi di Sukowski 2 morirono per asfissia. Il caso di Janse morì per broncopolmonite. Dei 4 casi di Eley e Farber 1 morì subito per asfissia e gli altri migliorarono.

Dei 2 casi di Bagg 1 migliorò molto, l'altro morì per complicazioni. Il caso di Gismondi morì per broncopolmonite, il mio caso morì per broncopolmonite.

Terapia: evitare gli attacchi di soffocazione impedendo al bambino di giacere supino. Si tenti l'applicazione dell'apparecchio di Eley e Farber. Sono assolutamente da evitare i tentativi di fissare la lingua in avanti mediante sutura. In caso di attacchi di soffocazione con cianosi e tiraggio si spinga in avanti la mandibola, come durante la narcosi e si tiri in avanti la lingua con un tiralingua.

RIASSUNTO.

L'A. illustra un caso di: Micrognatia congenita, glossoptosi, stridore inspiratorio. Passa

sinteticamente in rivista i casi descritti nella letteratura e riassume il quadro della sindrome.

BIBLIOGRAFIA.

BAGG CL. *Beiträge zur Aetiologie des Stridor congenitus.* Monatsschr. f. Kinderheilk., Vol. 45, Okt '29.

FOÀ. *Trattato di Anat. patologica,* pag. 74 e segg.

CANNON ELEY R. e FARBER S. *Hypoplasia of mandib. (Micrognatie) as a cause of cyanotic attacks in the newly born infant.* Amer. Journ. of Dis. of Childr., XXXIX, p. 1167, '30.

GISMONDI A. *La sindrome micrognatia congenita glossoptosi stridore.* La Pratica Pediatrica, '31, pag. 275.

JANSE H. M. *Macroglossia with associated micrognatia causing respiratoring difficulty.* Ann. Otol. Rhyn e Laring. 39:99-1, march '30.

LENSTRUPP EIN. *Hypoplasia mandibulae as cause of choking fits in infants.* Acta Paediatrica Scandinava V. P. 154, '25.

ROBIN. *Déviations morphologiques faciales, etc.* Société de Pédiatrie, 20 febbr. '23.

ROBIN e MARY H. *Dismorphoses facio-cranio-vertebrales et têté orthostatique.* Soc. de Pédiatrie, 18 genn. '27.

THOMSON u. TURNER. *Ueber Veränderungen des corticalen Atmungszentrum.* Ref. im Arch. f. Kinderlheilk. Vol. 36.

TRUMPP J. Arch. f. Kinderheilk. Vol. 5, 1909, p. 250.

SEIFERT E. *Micrognatia.* Arch. f. Klin. Chir., vol. 135, 726-735, '25.

SHUKOWSKI W. P. *Zur Aetiologie der stridor inspiratorius congen.* Jahrb. f. Kinderhelik, LXXIII, p. 459, '11.

WANKEL W. *Beitrag zur Kasuistik und Kritik der angeborenen Micrognatie.* Virchow's Archiv., CCLV, p. 17, '25.

MEDICINA INFORTUNISTICA

Le tromboflebiti da sforzo o traumatiche

per il dott. UGO LEONELLI, medico condotto.

Ho letto recentemente in una importante rivista estera che esistono pochissime pubblicazioni di tromboflebiti obliteranti da sforzo o traumatiche dell'arto inferiore: pertanto credo opportuno riferire su due casi di tale malattia, che ho avuto occasione di osservare; la loro importanza deriva sia dalle deduzioni che possono trarsi sulla patogenesi, sia anche dal punto di vista della pratica infortunistica, perchè è tuttora controverso se si debba ammettere l'origine della malattia in parola da uno sforzo o da un traumatismo, oppure la sola concausa di essi.

P. S., di anni 70, ex ferroviere, pensionato, di Pescara. Non ha sofferto malattie degne di nota, specialmente in questi ultimi tempi. L'esame degli organi interni rivela soltanto una notevole arteriosclerosi diffusa. Riferisce che 15 giorni prima, mentre usciva di casa, ebbe una lieve storta del piede sinistro e dopo qualche istante avvertì un dolore vivissimo diffuso a tutto l'arto, che lo costrinse a rientrare in casa e a mettersi subito a letto. Il dolore si fece sempre più acuto e tutto l'arto inferiore andò rapidamente aumentando di volume. Dopo due o tre giorni di riposo assoluto e di applicazioni calde sulla parte il dolore diminuì un poco, ma l'edema crebbe e si diffuse alla parte sinistra e inferiore dell'addome.

All'esame obiettivo si nota notevole edema di tutto l'arto inferiore sinistro, della regione latero-inferiore dell'addome e della regione glutea corrispondenti. Sulla cute di tali regioni, del tutto integra, di colorito leggermente cianotico, si nota un marezzamento venoso particolarmente evidente sulla coscia e sull'addome. Non esiste edema a carico dello scroto e del pene. La palpazione lungo la vena femorale è dolente; vi è impotenza totale dell'arto. L'ammalato non ha febbre e non ne ha mai avuta nei quindici giorni da che è insorta la malattia. L'edema è rimasto stazionario.

L'altro caso può definirsi piuttosto un esito della stessa malattia.

S. D. B., di anni 34, minatore, da Lettomanoppello. Anamnesi negativa per malattie degne di nota.

Riferisce che 10 anni fa riportò contusione non grave al polpaccio sinistro per urto da parte del telaio di un carrello, senza alcuna ferita od escoriazione. Ne ebbe vivo dolore ma potè da solo tornare a casa, dove avvertì che la gamba era divenuta notevolmente gonfia. Nel corso di parecchi giorni, senza avere mai febbre, il dolore andò diffondendosi a tutto l'arto e alla regione glutea che aumentarono molto di volume. Dopo qualche mese egli tornò al lavoro ma l'arto rimaneva ingrossato in toto e così pure la regione glutea; infossando il dito non si aveva fovea, tanto che dopo qualche anno, perdurando l'ingrossamento

dell'arto e la sensazione di notevole peso, consultò un chirurgo e questi ritenne che fosse un difetto congenito. Però col volgere degli anni i disturbi funzionali sono andati aumentando: il dolore e la sensazione di peso sono divenuti più penosi e si cominciò a notare dilatazione delle vene superficiali e ulcere varicose alla gamba.

Attualmente l'ammalato si presenta all'osservazione del tutto sano negli organi interni; la Wassermann è negativa. L'arto inferiore sinistro, dalla natica in giù, è notevolmente aumentato di volume, come chiaramente si vede anche nelle

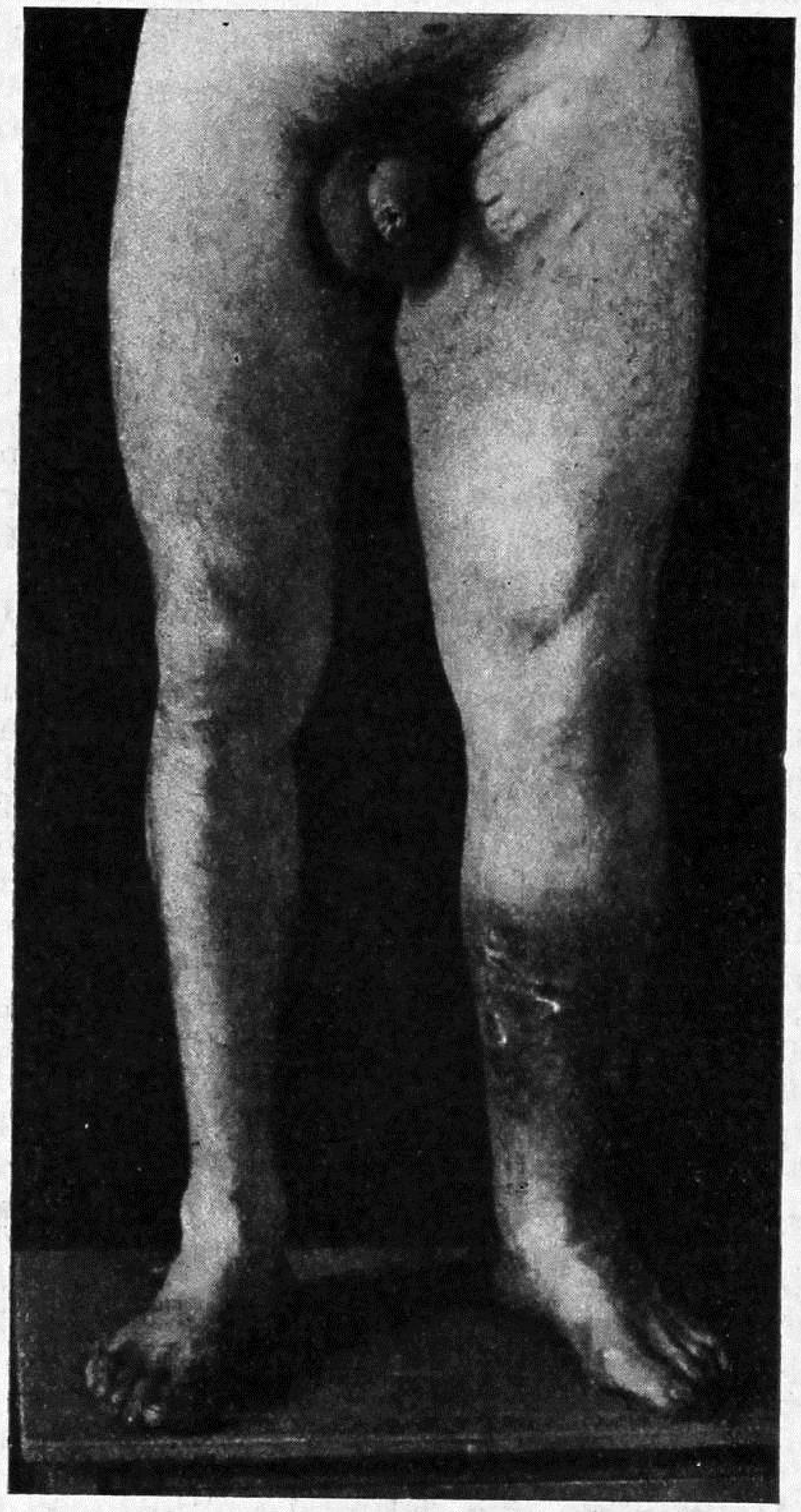


FIG. 1.



FIG. 2.

fotografie; la cute della regione anteriore-inferiore sinistra dell'addome è edematosa e vi si nota notevole marezzamento di vene varicose; pacchetti varicosi si notano in tutto l'arto e specialmente nel triangolo di Scarpa e nel cavo popliteo. Il piede è asciutto; sulla faccia interna della gamba si rilevano ulcere varicose. Il colorito della cute, tranne in prossimità delle ulceri, è normale. L'arto aumenta ancora di più di volume con la stazione eretta. A causa del dolore e del peso dell'arto l'andatura è claudicante ed è disturbata anche la stazione eretta (figg. 1 e 2).

Riassumendo possiamo affermare che in tutti e due i casi la malattia è iniziata dopo un trauma lieve che non ha determinato soluzioni di continuo nella cute, nè ha quindi aperto la via ad alcuna infezione; non si è avuta mai febbre nel corso della malattia; il dolore dopo il traumatismo, sproporzionato all'entità dei traumi stessi, è andato crescendo di pari passo con il volume dell'arto; l'impotenza funzionale è stata immediata nel primo caso e tardiva nel secondo; dopo i primi giorni di malattia il dolore vivissimo è diminuito ma l'edema è rimasto persistente in grado notevole; successivamente sono comparsi i segni di circolo collaterale, col marezzamento venoso alla radice della coscia e al fianco sinistro, seguito nel secondo caso, da stasi cronica.

Questi dati clinici ci fanno formulare in tutti e due i casi la sicura diagnosi di trombosi traumatica delle vene profonde della gamba sinistra e successiva tromboflebite obliterante progressiva della iliaca esterna sinistra;

è da escludersi che il processo sia esteso all'iliaca primitiva o all'interna perchè manca ogni segno di stasi a carico di quest'ultima vena, mentre l'ostacolo di deflusso si osserva a carico delle vene dell'arto, dell'epigastrica e della circonflessa.

Nel primo caso ci conferma la diagnosi anche la palpazione della vena femorale sinistra dura e dolente.

Non c'è dubbio che i traumi siano stati i punti di partenza della malattia; ma essi sono stati da soli la causa efficiente, oppure la concausa insieme ad una preesistente alterazione delle vene?

Questo problema patogenetico è tutt'ora molto dibattuto.

Fin dal 1834 Cruveillier sosteneva che la trombosi in un vaso venoso è costantemente preceduta da un processo infiammatorio e quindi si avrebbe prima la flebite e poi la trombosi.

Wirchow sostenne la teoria che nella tromboflebite obliterante si avrebbe prima la trombosi e su di essa si impianterebbe il processo di flebite. Si ritiene però oggi generalmente che non si ha la trombosi se non preesistono delle condizioni morbose a carico della vena.

Queste condizioni che causano la trombosi sarebbero: 1) le lesioni dell'endotelio della vena; 2) il rallentamento della corrente sanguigna e la conseguente formazione di vortici; 3) le alterazioni del sangue che ne aumentano la coagulabilità (ad es. la gotta, probabilmente a causa dell'ipercalcemia esistente in questa malattia); 4) la clorosi, per insufficiente nutrizione della parete venosa; 5) il parto, specialmente dopo gravi emorragie; 6) le malattie infettive (W. Bain).

Riguardo alle alterazioni dell'intima e alla flebosclerosi che si riscontrano in moltissimi individui, per un processo analogo all'arteriosclerosi, il Clinico di Pisa prof. Taddei riferisce alcune osservazioni molto importanti fatte dal Banti e comunicate all'Accademia Medico-fisica fiorentina, sulle embolie della polmonare che si osservano in operati guariti per prima intenzione; il Banti dunque avrebbe notato in alcuni casi osservati all'autopsia, che gli emboli non partivano dalle regioni operate, ma dalle vene profonde del polpaccio, dove esistevano fatti evidenti, e da lui ben dimostrati, di flebosclerosi, non manifestantisi con sintomi clinici e di natura non ben definita.

Il meccanismo della formazione dei trombi in conseguenza di traumatismi sarebbe il seguente: in seguito all'alterazione dell'intima e alla perdita della sua levigatezza si avrebbe, nel punto leso, l'adesione delle piastrine e da queste si libererebbe la tronbokinasi da cui si formerebbe la fibrina e quindi il trombo.

Dietrich afferma che la trombosi si formerebbe in seguito a lesione traumatica della parete venosa perchè da questa si originerebbero sostanze ad azione coagulante, analoghe alle *coaguline* di Loeb.

Lenormant e Mondor, in un loro pregevole lavoro, sostengono che le tromboflebiti cosidette da sforzo o da traumatismo minimo, siano delle tromboflebiti latenti di origine infettiva, rivelate dallo sforzo o dal lieve traumatismo indiretto. E ciò sarebbe provato dagli esami di Laboratorio, perchè le colture eseguite con un pezzo di vena colpita da tromboflebite afebbrile ha dimostrato la presenza di stafilococchi. In questi casi, secondo il Millet, si tratta di infezione cronica latente per un equilibrio tra difese ed infezione che vale a mantenere l'apiressia. In essi basta uno shok, un trauma operatorio, un parto perchè l'equilibrio si rompa e l'infezione si manifesti con una metastasi venosa che è la flebite. Secondo lui questa causa infettiva cronica andrebbe ricercata in una infezione gastro-intestinale preesistente da lungo tempo, o da una colecistite cronica che può decorrere del tutto silente. Ma a questa ipotesi si può obbiettare che le tromboflebiti da sforzo o traumatiche si conservano costantemente apirettiche e non presentano alcun altro segno di infezione metastatica.

D'altra parte giustamente il Prof. Vanzetti, criticando la teoria della scuola francese e di Kretz, per cui tutte le trombosi sarebbero di origine infettiva, osserva che la presenza dei batterii nelle masse trombotiche ha importanza, ma bisogna distinguere i casi nei quali essi furono rinvenuti alla superficie e negli strati esterni del trombo e quelli in cui furono dimostrati nelle parti centrali: nel primo caso essi sono da considerarsi una invasione secondaria, allorchè essi, circolando nel sangue, sono venuti a depositarsi nel trombo già formato, onde non hanno importanza etiologica; nel secondo caso invece in cui per mezzo dei tagli i microrganismi furono rinvenuti nel nucleo del trombo, essi sarebbero stati la causa del processo trombotico.

Io ritengo che nel primo dei malati, soggetto di 70 anni, arteriosclerotico, la tromboflebite sia da mettere in relazione con un preesistente processo di flebosclerosi; nel secondo soggetto, giovanissimo e vigoroso, la trombosi si è avuta in conseguenza del traumatismo sul polpaccio che avrebbe leso l'intima delle ve-

ne profonde, probabilmente però non perfettamente integra; e pertanto nel primo caso lo sforzo e nel secondo il traumatismo sarebbero stati la concausa nel complesso processo patogenetico.

Non è certo facile altrimenti spiegare come uno sforzo violento o un traumatismo non grave possano da soli determinare una lesione venosa: Lowenstein sostiene che per la vena ascellare si può pensare ad uno schiacciamento di essa da parte della clavicola o dei suoi legamenti, ma Lenormant e Mondor obiettano che dir questo significa disconoscere le conoscenze anatomiche.

Rosenthal ha pensato, con ipotesi più attendibile, che negli sforzi violenti si avrebbe lesione delle venule nei loro sbocchi nel tronco principale, da cui deriverebbe la trombosi. Al letto operatorio L. Bazy avrebbe trovato che il tessuto cellulare, intorno ala vena trombosata, era stato sede di un pregresso ematoma.

Poichè in tutti e due i nostri casi la tromboflebite si osserva a carico della iliaca esterna sinistra, si deve ritenere che esista una certa predilezione per questa vena e ciò si spiegherebbe col circolo più lento che si ha a sinistra sia per la compressione esercitata sulla vena dal sigma colico, sia per una maggiore obliquità della vena di sinistra rispetto alla destra, sia per i rapporti topografici della v. iliaca sinistra con tre grosse arterie (iliaca comune, sacrale media ed ipogastrica).

Osserva il prof. Taddei che più difficile a spiegare è perchè il processo di flebosclerosi primitiva prediliga il lato sinistro; ma che se le spiegazioni non sono sicure, sicuro è il fatto anatomico e clinico.

Questa malattia all'infuori del grave pericolo di una embolia mortale, è grave anche per i postumi funzionali, come si osserva nel secondo caso, per edema indurato cronico, rigidità articolari, impotenza muscolare, varici, elefantiasi.

Per la cura recentemente è stata proposta, con ottimi risultati, l'asportazione, previa doppia legatura, di un pezzo della vena colpita dalla malattia, il che arresterebbe il processo ascendente. Nel nostro primo caso per le condizioni del paziente, uomo avanzato in età ed arteriosclerotico, non fu ventilata l'opportunità di alcuna terapia chirurgica.

*
**

Nel secondo caso invece si può cercare di modificare lo stato elefantiasico con adatto intervento. Certamente le varici superficiali vanno conservate perchè assicurano il circolo collaterale. Nè è da ritenersi che, per la lesione stessa che ha prodotto l'elefantiasi dell'arto, sia giovevole stabilire una comunicazione tra il sistema linfatico superficiale ed il sistema linfatico profondo. (Metodi di Lanz, di Rondoleon, di Oppel e Rosanow). È da preferirsi al metodo di Handley (introduzione di fili di seta sotto la pelle del tessuto elefantiasico) il metodo di Walther con cui si utilizzano, pel drenaggio linfatico, dei tubi perduti di caoutchou, operazione che ha dato buoni risultati in mostruosi edemi dell'arto inferiore.

Lettomanoppello (Pescara), aprile 1932.

RIASSUNTO.

L'A. illustra due casi di tromboflebite cosidetta da sforzo o traumatica, ne discute la patogenesi e conclude che lo sforzo o il traumatismo metta in evidenza preesistenti condizioni morbose delle vene.

BIBLIOGRAFIA.

DOMENICO TADDEI. *Lezione su una tromboflebite iliaca esterna traumatica.* Policlinico, n. 14, 5 aprile 1926.

MILLET. *Sull'origine delle flebiti e loro cura.* Journal de Méd. de Paris, 21 maggio 1930.

AUG. BIEGER. *Le flebosclerosi.* Deutsche Med. Wochenschrift, 8 febbraio 1924.

BORCHARD. *Sulla trombosi ed embolia.* Bruns Beitrag z. Klin. Chir., 1928, Bd. 144, H. 2.

W. BAIN. *Flebite, tromboflebite degli arti inferiori e delle vene superficiali dell'ipogastrio.* The Lancet, 2 aprile 1927.

CH. LENORMANT et H. MONDOR. *Sur le pretendue thromboflebite par effort.* La Presse Médicale, n. 91, 14 novembre 1931.

VANZETTI. *Alterazioni locali della circolazione,* in *Trattato di Anatomia Patologica* del prof. PIO FOÀ.

SUNTI E RASSEGNE.

RENI E VIE URINARIE.

La sindrome entero-renale e la crenoterapia.

(F. BARADUC. *Paris Médical*, 16 aprile 1932).

Da quando, nel 1919, Heitz-Boyer ha descritto, sotto il nome di sindrome entero-renale, le infezioni urinarie di origine intestinale, la crenoterapia è largamente intervenuta nel trattamento di questa affezione, la quale va diventando di anno in anno più frequente, forse per la maggiore facilità di diagnosticarla ora che l'attenzione dei medici è stata richiamata su di essa.

Fanno parte dei quadri morbosi che beneficano della crenoterapia le sindromi entero-renali croniche, o le forme a *poussées* acute recidivanti, d'origine infettiva, dovute il più sovente al colibacillo (80 % dei casi) solo o associato all'enterococco, al pneumobacillo, allo stafilococco: le infezioni acute, pieliti della gravidanza, pieliti dei tifici e dei paratifici necessitano di altre cure.

Nelle forme croniche o sub-croniche l'importanza dell'intossicazione d'origine intestinale nella genesi dei fenomeni morbosi è altrettanto grande quanto quella dell'infezione; anzi in molti casi l'auto-infezione e l'auto-intossicazione si sovrappongono e s'incrociano: ed infatti i malati si presentano sotto forme cliniche estremamente variabili e complesse. I sintomi intestinali, i disturbi urinari e i fenomeni generali, che si osservano in essi, non vanno mai parallelamente. Vi sono degli intestinali confermati che non hanno che manifestazioni urinarie minime, degli urinari avanzati che non hanno presentato che dei lievissimi disturbi intestinali: vi sono infine degli entero-renali che non presentano se non disturbi generali (stanchezza, cefalea, stato subfebbrile) con dei sintomi urinari ridotti ad una semplice batteriuria. Non è dunque basandosi sulla sintomatologia, sia questa maggiormente a carico del tratto intestinale o del tratto urinario, che si possono porre delle utili indicazioni idrominerali (di cui l'A. si occupa): bisogna studiare la sindrome dal punto di vista patogenetico e riconoscere, oltre all'infezione intestinale che è all'origine, gli altri fattori che intervengono per creare la sindrome, favorirla, mantenerla o aggravarla. Questi fattori secondari possono essere di tre ordini: intestinali, urinali, umorali.

Perchè il colibacillo e l'enterococco attraversino la parete intestinale è necessario che il microbismo intestinale sia aumentato: questo aumento è causato o favorito dalle ptosi, stasi, coliti, diarree, deviazioni ed insufficienze digestive, dalle affezioni destre dell'addome, la tiflatonia e la tiflectasia ecc.: sono questi i *fattori intestinali*.

I *fattori urinari* possono essere *meccanici* (ptosi, incurvamenti, dilatazioni, restringimenti, compressioni, tumori delle vie urinarie, calcoli), *irritativi* (tumori, calcoli, cistiti, uretriti, prostatiti antiche) e *chimici* che dipendono dalla modificazione del pH urinario: l'alcalinità, o per lo meno l'ipoacidità delle urine, così frequente nella colibacilluria, favorisce e mantiene la pullulazione microbica. Si passa così ai *fattori umorali* che vengono a costituire il terreno favorevole allo sviluppo dell'affezione; questi sono la diminuzione del calcio, l'aumento dell'acido urico e dell'acido ossalico, l'aumento della riserva alcalina, l'ipercolesterinemia. Queste cause non agiscono certamente nella stessa maniera nè con la medesima intensità presso tutti i malati: tocca al medico di rendersi conto, dopo un esame completo, della loro maggiore o minore importanza e di istituire, secondo il risultato, la cura opportuna. Indirizzerà così allo specialista i casi che necessitano di un intervento chirurgico, che potrà di per sè solo bastare ad ottenere la guarigione (malformazione od ostacoli meccanici delle vie urinarie ed intestinali).

Il microbismo intestinale esagerato, i disturbi digestivi cronici che ne sono la base, l'infezione e l'alterazione delle mucose urinarie o uro-genitali, le litiasi, i disturbi umorali troveranno invece nelle stazioni idrominerali delle multiple e preziose risorse. I malati che presentano una sindrome entero-renale od entero-epato-renale saranno completamente esaminati e quindi indirizzati alle diverse stazioni idroterapiche che agiscono o sul sistema gastro-enterico, o sul sistema urinario, o su quello epatico a seconda della causa determinante o favorente, che predominerà nella genesi del quadro morboso e che sarà preferibile di combattere.

Il trattamento per ingestione di queste acque deve essere condotto prudentemente e strettamente sorvegliato.

L'idroterapia calda, sotto forma di docce o bagni, sarà sempre raccomandata. Sarà bene associare al trattamento termale la *vaccinoterapia* per bocca, facile a seguirsi, e che pare essere favorita anche nei suoi effetti delle cure termali. È solo così, esaminando attentamente il malato, scoprendo la causa o le cause patogenetiche e curando queste opportunamente che si potranno ottenere dei successi spesso insperati. G. LA CAVA.

Sulle ematurie dei nefrectomizzati per tbc. renale.

(E. PAPIN e P. BORDAS. *Arch. des mal. des reins et des org. gén.-urin.*, t. VI, n. 4, 1932).

Gli AA. illustrano, con alcuni casi tolti dai 400 circa della loro statistica personale, le ematurie in parola e le distinguono in 3 categorie secondo il tempo di apparizione.

I. *Ematurie immediate o primitive*, che compaiono subito dopo la nefrectomia e che più spesso provengono dal rene rimasto: in una malata, 2 giorni dopo l'intervento, si manifestò un'ematuria considerevole durata 5 giorni e mai più ricomparsa; l'esame vescicale fu del tutto negativo.

II. *Ematurie primitive ritardate*, che avvengono 15-20 giorni dopo l'operazione e che originano probabilmente dal lato operato: moncone ureterale e forse anche loggia renale: in 3 pazienti, 36, 16 e 13 giorni dopo l'intervento, si ebbero forti ematurie, mai ripetutesi, con vecchi coaguli bianchi; al cistoscopio, dopo lavaggio, nessuna traccia d'emorragia nè nella vescica, nè sugli orifizi ureterali.

III. *Ematurie lontane*, le più frequenti, manifestantisi settimane, mesi ed anche anni dopo la nefrectomia e quasi sempre d'origine vescicale: *in due malate*, 4 anni e circa un anno dopo l'operazione, si ebbero considerevoli ematurie, definitivamente scomparse con la guarigione delle lesioni vescicali esistenti.

SCANDURRA.

Contributo alla terapia operativa delle stenosi dell'estremo vescicale dell'uretere.

(M. LEVI. *Z. urol. Chir.*, vol. 29, f. 5).

Le stenosi dell'estremo vescicale dell'uretere possono essere congenite o acquisite.

Sulla patogenesi delle prime esistono varie teorie: si ammetteva fino a qualche anno fa che fossero legate o a fusioni epiteliali nell'epoca fetale o a persistenza di pliche mucose assai numerose nei primi mesi della vita intrauterina. Oggi invece si riportano tali disturbi a malformazioni congenite, ad intender le quali occorre ricordare lo sviluppo embriologico dell'uretere. Questo — come si sa — nasce come una gemma sulla faccia mediodorsale del tratto terminale del dotto del pronefro. Un solco diretto in senso cefalo-caudale spinge in questa gemmazione uno sperone di tessuto che lo alza da dotto di Wollf e lo spinge, con voluta spirale a passare sulla sua faccia dorsale, sempre più lateralmente verso la sua terminazione. Ma questo sperone non divide nettamente a metà il dotto del pronefro: esso decorre anzi eccentricamente e giunge finalmente a contatto con la parte laterale della lista epiteliale nel punto di unione tra cloaca e dotto di Wollf. In questo modo l'estremo ureterale rimane chiuso fisiologicamente e temporaneamente dalla membrana epiteliale, cioè che si riscontra negli embrioni da 12 fino a 30 mm. di lunghezza. Quando poi l'estremo ureterale penetra in vescica, esso viene a trovarsi lateralmente allo sbocco del dotto del pronefro. In seguito si forma, per uno sviluppo di tessuto entotermale, tra sbocco ureterale e quello di Wollf il trigono che spinge lo sbocco di quest'ultimo in direzione mediale e caudale.

Chvalla in base a questi ricordi embriologici, ha così spiegato diverse anomalie dell'uretere. Una stenosi iuxtavescicale e intramurale nel neonato si spiegano ammettendo una posizione troppo eccentrica dello sperone divisorio: atresia dell'estremo o dello sbocco vescicale dell'uretere son da riportarsi alla persistenza della membrana epiteliale. A causa di un accumulo di secrezione nell'uretere, può la membrana terminale esser spinta e dilatata cisticamente (dilatazione cistica dell'estremo vescicale dell'uretere) rappresentando l'anormale secrezione un ostacolo dello svuotamento dell'uretere vicino alla vescica. Dunque si tratta qui di dilatazione e non di un prolasso. Quando viceversa il tessuto mesenchimale prolifera nei resti laterali della membrana scoppiata, allora si ha la formazione di diverticoli ureterali.

Tutte queste ipotesi vengono avvalorate dalla concomitanza di questi disturbi con altre anomalie ureterali (raddoppiamento, bifidità, sbocchi anomali), non solo, ma anche con un allungamento del trigono. La distanza difatti dello sbocco uretrale interno dista dagli ureteri, nei bambini, 2 cm. circa: nei casi di dilatazione cistica dell'uretere si è trovata una distanza di 4 e più cm., un cm. più della distanza esistente negli adulti.

Le stenosi acquisite sono da riportarsi a cause infiammatorie, neoplastiche o traumatiche: sopratutto frequenti son quelle che seguono ad emissioni di calcoli discesi dal rene e che si accompagnano a lacerazioni dell'ostio ureterale. Il sesso ha una importanza notevole. Su 10 casi osservati dall'A. 9 erano donne. La sintomatologia non è affatto tipica: essa è legata alle conseguenze della stasi, alla dilatazione cioè dell'uretere e del bacinetto, ai disturbi della funzione del rene, all'infezione intercorrente. I malati si presentano al medico con i sintomi di una cistite o di una pielite lamentandosi di dolori, i comuni dolori della stasi. Concomita la febbre flogistica, l'infezione. Notevole importanza ha la cistoscopia, che mostra oltre le deviazioni morfologiche già dette, anche degli sbocchi ureterali piccoli.

Qualche volta però la stenosi può trovarsi anche 1-1 1/2 cm. più in alto ed allora esser accompagnata, anzi, da un ostio ureterale normale o perfino dilatato (diverticolo dello sbocco ureterale).

Nei casi riportati per sommi capi, in 7 casi su 10 l'affezione era bilaterale e si accompagnava quasi sempre a idronefrosi e idrouretere: tutti gli altri casi non operati erano infetti (per lo più da coli).

Per quello che riguarda la terapia sono state proposte le seguenti operazioni: 1) Dilatazione della stenosi con cateteri; 2) Sezione con manovre endovescicali; 3) Sezione colla

termocoagulazione; 4) Sezione previa cistotomia associata alla manovra di Heckenbach.

Tutti questi procedimenti riescono difficilmente ad esser completi.

Difficoltosa in ispecial modo è le sezione a cielo scoperto. Per questo seguendo un consiglio di v. Lichtenberg, l'A. ha proceduto così:

Cistoscopia, cateterismo ureterale, cistotomia ipogastrica. Poi sulla guida del catetere, si introduce nell'uretere un ago di Reverdin a curva accentuata e montato. Questo vien fatto riuscire, dorsalmente, in vescica, in modo da comprendere fra i due capi del filo i tessuti sovrastanti lo sbocco ureterale. Il filo di seta viene, una volta tolto il Reverdin, annodato fortemente, in modo da assicurare la necrosi del tessuto stretto nel nodo. L'estremo del filo vien fatto fuoriuscire o dall'uretra o dalla ferita soprapubica, che vien trattata nel solito modo. Dopo 7-10 giorni il filo vien via con una modica trazione.

Si comprende come la pielite che si può dire costante, vada trattata convenientemente: essa guarisce dopo 3-8 settimane dall'intervento. L'esame a distanza ha dimostrato come non si fosse manifestato in nessuno dei casi così trattati un reflusso e come il lavoro ureterale si compisse bene.

Il metodo quindi è da applicarsi in quei casi nei quali le solite manovre endovescicali non abbiano ragione di una stenosi dell'estremo vescicale dell'uretere. E. M.

Cistectomia totale per cancro.

(T. HRYNTSCHAK. *Arch. Klin. Chir.*, vol. 160, pag. 554).

La cistectomia totale è indicata solo quando la sede o l'estensione del tumore non permettono la sua asportazione con la resezione della parete.

L'atto più importante della cistectomia, secondo l'A., riguarda il modo di provvedere alla eliminazione di orina; si può provvedersi con una nefrostomia o con uno dei differenti metodi di ureteroneostomia abboccando gli ureteri alla pelle o all'intestino. L'impianto dell'uretere nell'intestino è certamente il metodo migliore ma, secondo i dati ricavati dall'esperienza non può essere applicato quando esiste una flogosi dell'uretere o una dilatazione notevole di esso.

Secondo l'A., l'impianto degli ureteri nell'intestino deve essere fatto in due tempi separati, per via extraperitoneale, a sinistra nel sigma e a destra nel cieco. La cistectomia totale per via soprapubica o per via combinata viene eseguita in terzo tempo.

Nei casi di alterazione notevole dell'uretere e della pelvi è da preferirsi la nefrostomia.

P. VALDONI.

PERITONEO.

Due casi di peritonite cronica fibrosa incapsulante.

(NOCKMILLER. *Zentralbl. f. Chir.*, 1931, n. 51).

Mentre la peritonite cronica fibrosa incapsulante è una forma nosologica anatomo-patologicamente ben nota, la sua etiologia è ignota; e il suo quadro clinico così oscuro, che è impossibile diagnosticarla *ante operationem*. L'A. riporta due casi:

1) Uomo di 50 anni. Nel 1921 dolori a tipo colico, vomito e meteorismo. Tali attacchi si rinnovarono ogni 4-5 mesi aumentando sempre di intensità, durata, e frequenza. Nel 1925 ricovero nella Clinica di Ortner. I dolori durante gli accessi erano localizzati, senza irradiazione, con segni di paresi intestinale. Tutte le ricerche cliniche e radiologiche negative pel cuore, polmone, rene, fegato. Grossa massa non dolente, grossa come due pugni, sopra l'ombelico. Radiologicamente segni di compressione dello stomaco e dell'intestino per massa extraintestinale. (Un celebre radiologo aveva già posto la diagnosi di linfosarcoma del tenue). Diagnosi: cisti del pancreas o del mesentere. Il paziente viene inviato a casa, e torna dopo un mese con violenti dolori, grossa massa, tra ombelico e sinfisi, completa ritenzione di feci ed aria da 10 ore. Polso 100. Temperatura 37.4. Diagnosi: occlusione intestinale acuta. Operazione. All'apertura si trova un tumore grande come una testa di feto, rivestito da una membrana fibrosa lucente, poco mobile. All'incisione della membrana si vede che il tumore è formato da un convoluto di anse intestinali aderenti fra di loro e organizzate in tumore dalla sopradescritta membrana.

Si escide la membrana, per quanto è compatibile con l'integrità delle anse intestinali, e si staccano prudentemente le anse fra di loro. Guarigione per prima. Reperto anatomico della membrana da involucro. « Peritonite fibrinoso-plastica, con focolai di ialinosi e calcificazione. Nessun segno riferibile a infezione specifica o a neoplasma ». Il malato si fa riesaminare dopo 5 anni, e sta benissimo!

Anche il II paziente si presenta in clinica chirurgica con sindrome di occlusione acuta e peritonite. All'operazione le anse intestinali presentavano membrane tenui e facilmente staccabili, senza l'organizzazione in massa unica come nel caso precedente. Operazione come nel caso precedente. 2 1/2 anni dopo, ottime condizioni del paziente.

I casi finora raccolti sono 26 nella letteratura tedesca, inglese, ecc., e 14 in quella russa. In tutti questi casi il quadro clinico è dei più diversi. Generalmente predomina il quadro di ilo, ma anche le diagnosi di appendicite, perforazione, ecc., non sono rare.

Sull'A. P. siamo in chiaro, non sulla etiologia. Per la tbc. mancano prove sia batteriologiche, che biologiche e cliniche. Si è pensato a un nesso con appendicite e peritiflite perchè la regione più presa corrisponde generalmente al tratto ileo-cecale. I reperti batterici sono variabilissimi. Generalmente non si riescono a isolare microorganismi, qualche volta sì. Una volta si sono coltivati degli pneumococchi.

Tuttavia il fatto che una volta il quadro anatomico si stabilì in 15 giorni, ci fa pensare a una notevole probabilità dell'ipotesi che si tratti di una forma infettiva.

La terapia consiste nella escissione della membrana, e dalla liberazione delle anse del tenue fra di loro e dalla membrana comune.

La prognosi è da porsi con riserva, causa la frequenza di recidive, benchè i due casi presentati non confermino un tale pessimismo prognostico.

A. CALÒ.

Un caso di voluminosa pseudocisti tubercolare (750 g.) della retrocavità degli epiploon.

(G. BROHEE. *Le Scalpel*, n. 10, 1932).

L'A. prende lo spunto da un caso osservato per trattare dei tumori primitivi solidi della retrocavità degli epiploon.

Nel caso descritto si trattava di una donna di 48 a., operata all'età di 13 a. di peritonite tubercolare. Dopo parecchi anni di benessere aveva cominciato a notare, 22 a. fa, lungo il bordo costale sin. una tumefazione che crebbe negli anni successivi, a *poussée* e si estese verso la linea mediana fino ad occupare quasi tutto il quadrante sup. sin.

Tale massa era stata erroneamente interpretata come splenomegalia, finchè, ben 22 a. dopo la sua comparsa, esami completi (radiologici, urinari, ecc.) avevano indirizzato all'ipotesi di un tumore cistico della retrocavità degli epiploon, e per i disturbi e i dolori che produceva e per la progressiva decadenza dello stato generale, posta la necessità dell'intervento. Si trovò un tumore — pseudocisti — grosso come una testa di feto, duro a pareti calcaree, del peso di 750 gr., aderente agli organi vicini. Estirpato il tumore l'ammalata guarì.

Dopo aver passate in rassegna le varie formazioni a decorso cronico che in detta regione possono prestarsi alla diagnosi differenziale (teratomi, cisti mucoidi, cisti dermoidi, cisti idatidee morte e degenerate, cisti pancreatiche spontanee o traumatiche, vecchi ematomi del pancreas, ecc.) discute le 2 possibilità: l'adenopatia tubercolare e l'incistamento di un ascesso freddo della retrocavità. Nella storia della paziente c'era una peritonite tubercolare operata in giovane età.

Contro la natura linfoghiandolare della massa stava secondo l'A., l'inizio dopo un periodo di tempo troppo lungo da che era stata controllata la peritonite 13 a. dopo e la evoluzione stessa della massa, nonchè il reperto operatorio.

Conclude per un ascesso freddo incistato nella retrocavità: ascesso freddo che formatosi su un terreno già precedentemente leso e contenendo dei bacilli di Koch a virulenza attenuata, ebbe uno sviluppo lento e progressivo, per *poussée*, anche emorragiche, arrivando dopo trentacinque anni al volume di una testa di feto. Dimostra così: 1) che dei corpi estranei possono restare lungamente nella retrocavità degli epiploon senza dare dei gravi sintomi morbosi; 2) che un ascesso freddo, cronico, tubercolare potè restare latente nella regione superiore della loggia per molti anni, senza l'abituale tendenza ad esteriorizzarsi, ad aprirsi in un altro organo a fistolizzarsi, anzi con tendenza all'incistamento fibro-calcareo e guarigione del processo tubercolare.

CORELLI.

Noduli del peritoneo da oxiuri.

(SCHNEIDER. (*Zent. f. Chir.*, n. 21, 1931).

Nel reparto chirurgico dell'ospedale di Hannover diretto da Oehler hanno avuto occasione di operare una giovane di 27 anni venuta con i segni di appendicite acuta.

All'apertura del ventre fu trovato un abbondante essudato sieroso torbido e al posto del tumore appendicolare una cisti dell'omento che venne asportata insieme con l'appendice. L'esame dell'utero e degli annessi risultò normale, mentre si rinvenne un'altra cisti dell'omento connessa al peritoneo parietale anteriore che venne asportata insieme ad un certo numero di noduli simili a tumori.

L'esame istologico fatto all'istituto di anatomia patologica da Stroebe fece rilevare che l'omento era cosparso di cavità ascessuali con tessuto di granulazione, e di pseudo tubercoli da corpi estranei. Questi presentavano cellule giganti ed uova di parassita a forma ovale che sono da riportare all'oxiuris.

Nella letteratura esistono casi consimili di cisti ovariche, piosalpingiti da oxiuri, ma finora non erano stati descritti ascessi intraddominali.

Come porta d'entrata nella cavità peritoneale normale viene ammessa in generale la via genitale femminile poichè l'oxiuris nel peritoneo è stato rinvenuto solo nella donna. Nel caso di Bodechtel la penetrazione era avvenuta attraverso l'appendice perforata. La penetrazione attraverso la parete intestinale normale non è ammessa. Penetrando il parassita nel peritoneo vi provoca una reazione con formazione di essudato, di cisti e di pseudotubercoli di cui una parte si formano per azione chimico-tossica.

R. BRANCATI.

OCULISTICA.

Il pronto soccorso nelle lesioni e nelle malattie oculari.

(K. D. LINDNER. *Wiener Klin. Wochens.*, 22 gennaio 1932).

L'A. si occupa soprattutto delle condizioni che si presentano più spesso al medico di campagna. Osserva dapprima che, nel caso di corpi estranei nella cornea è necessaria una buona anestesia per evitare che si producano delle lesioni più grosse a causa dei movimenti di difesa del malato; in questi casi è altresì necessario provvedere alla profilassi delle infezioni mediante l'uso di unguento all'optochina (1 %) od al collargolo (1 %). Le stesse regole valgono anche per le erosioni, in cui è bene praticare la fasciatura di entrambi gli occhi fino a guarigione completa.

Se la lesione è perforante, il pericolo maggiore consiste nella possibilità di infezioni dell'interno dell'occhio. Da ciò la necessità di un'adeguata profilassi contro tali infezioni, contro le quali l'A. consiglia anche le iniezioni di latte. Le altre regole terapeutiche passano in seconda linea: allontanamento del corpo perforante mediante un magnete gigante o cura del prolasso dell'iride, entrambe al di fuori delle possibilità del medico pratico. I pezzetti di ferro possono essere estratti mediante il magnete soltanto sul principio; anche il prolasso dell'iride può essere curato soltanto nei primi giorni. Il medico pratico dovrà frattanto praticare le iniezioni di latte.

Le lesioni delle palpebre in cui è interessata la cartilagine vanno curate dallo specialista, poichè non basta la semplice sutura della ferita; l'infezione delle ferite palpebrali non è da temersi.

Nelle contusioni del bulbo oculare, si dovrà far presente al paziente che potranno aversi delle conseguenze, quali l'aumento di pressione e nei miopi il distacco retinico, che spesso si verificano nella prima settimana. Nelle lacerazioni dello sfintere, niente atropina! Nessuna cura diaforetica nelle emorragie dell'occhio!

Quando il medico pratico è costretto a continuare la cura nelle ferite perforanti dell'occhio, tenga presenti le gravi responsabilità che gli incombono a causa del pericolo dell'oftalmia simpatica.

Fra le lesioni chimiche, le ustioni da calce sono le più frequenti. Si dovrà allontanare sollecitamente e completamente la calce e, nelle forme gravi, inviare il paziente dallo specialista il quale con un adatta protesi impedirà la formazione di aderenze nel sacco congiuntivale.

Nelle malattie dell'occhio, il pronto soccorso non è quasi mai tanto urgente quanto nelle lesioni. Nell'orzaiolo, non si dovrà dimenticare la profilassi contro la formazione di altri, il che si ottiene con la lavatura, fatta parecchie volte al giorno, dell'orlo palpebrale mediante antisettici.

Le emorragie congiuntivali nei pazienti anziani scompariranno mediante l'applicazione di goccie di una soluzione di dionina al 3-5 %.

In tutte le infiammazioni acute della congiuntiva, si pensi sempre alla possibilità della blenorragia. Il pronto soccorso, in tali casi consiste nella fasciatura protettiva dell'occhio sano.

Tale fasciatura dovrà anche applicarsi nel caso di congiuntivite blenorragica monolaterale del neonato; invece, l'applicazione della fasciatura all'occhio malato sarebbe un grave errore, poichè si favorirebbe in tal modo la distruzione della congiuntiva. È bene inviare subito il malato dallo specialista.

Nelle altre infezioni acute della congiuntiva, serve bene la soluzione di nitrato d'argento all'1-2 %. Se esse durano a lungo, si pensi alla possibilità del tracoma e si ricorra allo specialista.

Le infezioni difteriche della congiuntiva sono molto rare. Anche nei casi semplicemente sospetti, è consigliabile l'iniezione di siero antidifterico, poichè essa agisce bene anche nei casi di congiuntiviti acute non difteriche.

Nel trattamento delle congiuntiviti eczematose, si badi sopratutto al pericolo di ectasie non le ulceri corneali, che sono da combattersi mediante un bendaggio serrato e che si formano spesso dopo piccole ulceri centrali.

La dacriocistite acuta va lasciata rompere da sè, il che può essere accelerato mediante impacchi caldi; è altresì importante lasciare aperto a lungo il forame di apertura.

L'erpete della cornea, sul principio, non è facilmente riconoscibile; si penserà ad esso in presenza di forti dolori locali e di febbre. Le modificazioni corneali, spesso irriconoscibili, si renderanno evidenti mediante l'instillazione di alcune gocce di fluoresceina; le ulceri erpetiche corneali si toccano con solfato di zinco al 20 %.

Importante è la distinzione fra irite acuta ed attacco di glaucoma acuto, poichè il pronto soccorso in entrambe le malattie è di grande vantaggio. Vi è un sintoma inequivocabile, cioè la miosi dell'occhio malato nell'irite acuta e la midriasi nell'attacco di glaucoma. Anche la prova della pressione al dito raramente lascia dubbii. Nel glaucoma acuto il trattamento con l'atropina fa perdere l'occhio; invece, il non istituire il trattamento atropinico nell'irite acuta porta al pericolo di perdere la vista.

Poichè in molte malattie oculari si usano degli alcaloidi, di cui le soluzioni non si conservano a lungo, l'A. consiglia l'uso delle compresse contenenti frazioni di milligrammo del medicamento, che si possono introdurre diret-

tamente nel sacco congiuntivale oppure usare per l'allestimento di soluzioni.

Nelle paralisi dei muscoli oculari, il pronto soccorso consiste nel bendaggio dell'occhio paralizzato, evitandosi così la diplopia.

Le malattie del fondo dell'occhio vanno inviate allo specialista che, p. es., nell'embolia dell'arteria centrale può ridare la vista mediante un adatto intervento.

Nei casi di lagoftalmo per paralisi del faciale, si farà una occlusione mediante del pflaster.

In tutti i casi di lesioni degli occhi si dovrà subito misurare l'acutezza visiva, poichè in seguito sia per simulazione, sia per aggravamento è difficile l'assodare la reale perdita della funzione.

fil.

L'irite.

(W. STEWART DUKE-ELDER. *The Practitioner*, maggio 1932).

La parola « irite » va accettata perchè ormai entrata da lungo tempo nella pratica, sebbene sia impropria in quanto le modificazioni del tratto uveale difficilmente si localizzano in uno solo dei suoi tratti (iride, corpo ciliare e coroide), ma per lo più interessano tutto il tratto uveale; tutt'al più si potrebbe distinguere, nei riguardi delle malattie, un tratto uveale anteriore e uno posteriore.

L'irite è un processo infiammatorio localizzato nello stroma del tessuto, con dilatazione vascolare intensa, con edema circostante, e spesso con lesioni focali più intense. L'iperemia si estende alla circolazione anteriore dando arrossamento dell'occhio; l'architettura dell'iride è alterata tanto da modificarne l'aspetto. La mobilità dell'iride è diminuita, c'è miosi. L'essudato può trasformarsi in purulento dando ipopion. L'irite è accompagnata da dolore, fotofobia, lacrimazione profusa.

Questa malattia può avere decorso acuto o subacuto e può danneggiare la capacità visiva.

L'etiologia è molto oscura; da questo punto di vista si possono dividere le iriti in quelle che riconoscono una causa locale (infezione di una ferita o di un'ulcera) e generale (tubercolosi, sifilide, blenorragia, infezioni strepto- e stafilococciche). Secondo Löwenstein il 50 % delle iriti è di natura tubercolare. Comunque si tratta sempre di localizzazione di germi nell'occhio.

Con esperimenti negli animali si è potuta riprodurre l'irite mediante iniezione endovenosa di germi, come pure per iniezioni di sostanze proteiche per le quali l'animale da esperimento era stato sensibilizzato, come pure con iniezioni endovenose di germi dopo che questi germi erano stati iniettati nella camera anteriore dell'occhio ed era scomparsa la reazione che segue quest'iniezione. Si è stabilito anche che l'irite può essere prodotta oltre che da germi anche da tossine batteriche.

L'irite ricorrente è stata considerata come una malattia allergica.

In ogni caso di irite si dovranno ricercare sifilide, tubercolosi e focolai settici localizzati (denti, tonsille, seni nasali, canale alimentare, prostata, collo dell'utero, vie urinarie).

In caso di focolai settici localizzati si devono curare questi e fare uso di autovaccini oltre naturalmente la solita cura locale con atropina, calore e riposo. Qualche volta è utile la proteinoterapia con latte o altre sostanze e a volte anche la tubercolinoterapia.

R. LUSENA.

La cataratta.

(R. H. ELLIOT. *The Practitioner*, maggio 1932).

La diagnosi di cataratta si può fare anche nelle forme incipienti.

Il momento più adatto all'intervento chirurgico (per la sua cura) varia in ogni caso. In linea generale il paziente dev'essere operato appena la cataratta dà cecità completa dell'occhio. Più presto si opera una cataratta matura, meglio è, anche tenendo conto che la cataratta è più spesso malattia dell'età avanzata.

Al catarattoso non si impedirà di esplicare la sua attività nel periodo precedente l'intervento. Se la estensione della cataratta impedisce l'attività del malato, si opererà anche a cataratta immatura.

Circa i risultati dell'intervento, essi sono meno buoni quando la cataratta ha provocato delle modificazioni miopiche.

Le precauzioni da prendere per l'intervento sono queste: il paziente dev'essere nelle migliori condizioni possibili di salute. Se è necessario, si deve curare prima il naso, o l'orechio o la gola o i denti. Da una a quattro settimane prima dell'operazione si deve istillare collirio all'argento e usare l'unguento mercuriale (1 : 3000) per 10 giorni.

Si può adoperare soluzione di nitrato di argento invece dell'unguento mercuriale.

La glicosuria non controindica l'intervento purchè non ci sia acetonuria.

Le iniezioni di mercurio e di iodio sono di scarsa utilità.

L'estrazione può essere intracapsulare o si può fare con lacerazione della capsula.

All'intervento può seguire irite o iridociclite, che può essere precoce o tardiva; si curerà con atropina, vaccini, applicazioni calde. Altre complicazioni postoperatorie possono essere il glaucoma e il versamento ematico nella camera anteriore.

Nel periodo che decorre fra l'iridectomia e l'estrazione il paziente può svolgere la sua attività, che invece sarà sospesa per un mese dopo l'estrazione. La correzione della alterata refrazione dopo l'intervento si deve modificare dopo qualche mese per le variazioni che sopravvengono per il retrarsi della cicatrice operatoria.

R. LUSENA.

AVVELENAMENTI.

Contributo alla conoscenza ed alla terapia di alcuni tipi di avvelenamento.

(E. LESCHKE. *M. m. W.*, 29 gennaio 1932).

L'autore descrive alcuni tipi di avvelenamento poco conosciuti e suggerisce, oltre ad alcuni metodi diagnostici, anche alcuni procedimenti terapeutici (avvelenamenti da Boro-Zinco-Cromo-Rame-Cobalto). L'avvelenamento da *boro* (acido borico o borace) può aversi per ingestione di questa sostanza, oltrechè direttamente, con gli alimenti conservati (l'ac. bor. viene spesso, ad onta dei divieti, usato come antiputrido sterilizzante delle conserve alimentari). Già l'assunzione di meno di un grammo della sostanza può essere tossico e dar luogo a vomito, diarrea, ed infine collasso ed emorragie dalle mucose. La diagnosi può esser accertata con l'analisi del residuo secco delle urine. Questo va trattato con acido nitrico a caldo, evaporato e saggiato alla fiamma che assume caratteristico colore verde.

Per la terapia: impedire nuova assunzione del tossico e favorirne la eliminazione.

Avvelenamento da *zinco*: può aversi per ingestione di ossido di Zn, è più frequente però fra gli operai addetti a laboratori di galvanoplastica, ed a fabbriche d'accumulatori. Spesso in questi operai si associa al saturnismo e la diagnosi di avvelenamento da piombo può venir completata in quanto l'avv. da zinco dà con facilità ulcerazioni dello stomaco e del duodeno. Sono frequenti inoltre alterazioni di tutto il tubo digerente e l'insorgenza di gravi gastro-enteriti che guariscono con molta lentezza. Molto più grave è l'avvelenamento da *cromo;* l'autore dà il quadro clinico di due avvelenamenti da bicromato di K; caratteristici il dolore anginoide delle fauci, il vomito, la diarrea, la grave compromissione renale (molto simile a quella causata dai sali di uranio) con anuria totale ed aumento di alto grado dell'azotemia (fino a 268 mmgr. %), comparsa di crampi muscolari ed in un caso grave, terminato con la morte, comparsa di emorragie multiple delle mucose e delle sierose. Ad onta delle gravi condizioni renali la pressione arteriosa era bassissima (75-35). La terapia fu puramente sintomatica e tendente a supplire la compromessa funzione renale (salassi-dieta povera in N. Fleboclisi di siero artificiale).

Avvelenamenti da rame metallico sono facili per inalazione di pulviscolo in chi ripulisce oggetti di rame con spazzole di ferro.

Hanno la stessa sintomatologia degli avvelenamenti da metalli pesanti. (Emorragie intestinali-nefriti-collasso-coma).

Circa l'avvelenamento da *cobalto*, oltre descrivere un fatto acuto da ingestione, con comparsa di vomito, ematuria, albuminuria, che persistettero per oltre 3 mesi, l'A. porta l'attenzione su la grande frequenza dei neoplasma maligni del polmone negli operai delle miniere di minerale di cobalto e obbietta se la pneumoconiosi da questa sostanza non possa essere agente causale allo svilupparsi del cancro polmonare in tali casi. STEFFANUTTI.

Intossicazione saturnina accidentale per polvere nasale. Turbe urinarie durante la colica.

(GENDRON e AUVIGNE. *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp.*, 1932, n. 8).

Gli AA. riferiscono su di un caso raro di intossicazione saturnina accidentale, non professionale, insorta in un soggetto che fiutava una polvere nasale.

Un abate di campagna affetto da corizza cronica, preparò da sè, seguendo la formula di una specialità nota, innocua ma costosa, una polvere che poi fiutava. Due mesi dopo cominciò ad accusare stitichezza e disuria finchè insorse una colica addominale violenta con ritenzione completa d'urina, ciò che richiese un catetere a permanenza fino alla scomparsa della colica. Non c'era nessun segno obbiettivo che spiegasse la colica stessa, solo indirizzò ad una intossicazione saturnina, il reperto di un orletto gengivale ardesiaco. Mancando ogni dato di impregnazione bismutica si pensò a quella saturnina. Cercata inutilmente la causa nell'acqua potabile che scorreva in tubi di piombo, e non facendo uso il paziente di lozioni o di tinture o di droghe che contenessero piombo, si esaminò la polvere che fiutava e si trovò che ne conteneva una grande quantità. Segnalano il caso per mettere in evidenza la rarità delle turbe urinarie — in tal caso dovute ad una spasmo sfinterico — durante la colica, e la rarità di una intossicazione accidentale per polvere da fiuto, mentre l'intossicazione professionale per via aerea non è rara negli operai che trattano i colori di piombo. CORELLI.

PROBLEMI DISCUSSI

Patologia e profilassi della vecchiaia.

(A. MAROTTA. *Il Morgagni*, 28 febb. 1932).

La morte che chiude fatalmente il ciclo della vita allorquando la pianta umana è stata fiorita ed ha dato i suoi frutti, non deve essere riguardata come un avvenimento pauroso. E però quando l'organismo dell'uomo si spegne prima del tempo che gli sarebbe fatale bisogna invocare quelle cause endogene od esogene che con un logorio lento e sordo determinano una senescenza precoce che inizia prima dei cinquant'anni di vita.

Dagli studi di Lorand, Falta, Pende, Lewy ed altri risulta che la vecchiaia patologica dipende spesso dall'alterazione di una sola ghiandola endocrina, a cui più tardi possono sommarsi manifestazioni a carico di altre ghiandole. Secondo Friedmann, poi, le manifestazioni della vecchiaia appaiono in seguito ad una diminuzione dell'assimilazione e della capacità rigeneratrice dell'organismo. Secondo Kovesi, invece, la causa della vecchiaia sarebbe da ricercarsi in un disturbo della nutrizione intracellulare.

Molti AA. attribuiscono alle putrefazioni intestinali grande importanza nel determinismo della vecchiaia, e fra questi primeggia Metechnikoff, a cui segue Maly il quale considerava l'intestino come la causa di tutte le alterazioni che menano alla vecchiaia.

Tali concetti sono però troppo assoluti giacchè non tengono affatto conto di tutti i prodotti tossici dell'organismo derivanti dall'esercizio della vita cellulare e di tutte le condizioni fisico-chimiche collegate all'esercizio stesso che lentamente, ma subdolamente, procurano la decadenza degli elementi dei tessuti.

La vecchiaia più razionalmente andrebbe intesa come una sindrome pluriglandolare, e questa concezione secondo Falta e Pende, varrebbe più per i casi di vecchiaia patologica che per quelli di vecchiaia fisiologica, in cui la sorte delle glandole a secrezione interna, non sarebbe diversa dal processo d'involuzione che colpisce tutti gli organi dell'economia.

Una grandissima importanza meritano l'ereditarietà e la costituzione: i megalosplancnici sono soggetti a senescenza precoce, i microsplancnici raggiungono più facilmente un'età avanzata. Galdi osserva che la miglior resistenza alla vecchiaia l'offrono quegli individui che appartengono, anche secondo Viola, ai paracentrali inferiori.

Da tutto ciò scaturisce che la vecchiaia è uno stato morboso caratterizzato dalla diminuzione degli scambi organici, dall'aumento del tessuto connettivo in tutto l'organismo e da un'intossicazione cronica, risultante dalla soppressione delle funzioni antitossiche dei diversi organi e dalla degenerazione delle diverse glandole endocrine che regolano gli scambi organici, lo stato dei tessuti ed il funzionamento degli organi destinati alla distruzione ed eliminazione delle sostanze nocive introdotte nel nostro corpo.

Passiamo ora in rassegna le varie forme che predominano in quest'epoca della vita; l'apparato circolatorio è quello che, sopra ogni altro, risente dello stato di senescenza. L'arteriosclerosi può insediarsi in qualsiasi distretto, l'aorta, le coronarie, i vasi mesenterici, i vasi cerebrali sono i più frequentemente colpiti, le manifestazioni cliniche di tali affezioni vascolari sono a tutti note.

Un altro apparecchio che risente notevolmente l'influsso malefico della vecchiaia è il respiratorio il quale si manifesta sopra tutto, vulnerato attraverso due forme morbose: l'enfisema polmonare e la tubercolosi.

Circa l'apparecchio digerente sono comuni nei vecchi, così come nei bambini, le varie forme di dispepsia manifestantesi con anoressia, digestioni lente e penose, flatulenze, coliche gassose, senso di torpore, sonnolenza e depressione generale delle forze.

Abituale è la stitichezza alternantesi con diarrea, frequente la sindrome emorroidaria.

In rapporto al fegato è facile osservare la litiasi biliare.

Venendo a soffermarci sulle malattie del ricambio materiale ricorderemo che la gotta può nella vecchiaia assurgere a particolari stati di gravità che altro non sono se non l'esplosione della forma preesistente in soggetti giovani ed appartenenti a famiglie artritiche.

In quanto poi alle malattie dell'apparecchio uropoietico, anzi tutto, notiamo che la vescica ha, nell'età avanzata, una spiccata vulnerabilità, dovuta alla deciduità dell'epitelio ed allo sfiancamento delle tuniche muscolari, determinandosi, così, dei catarri vescicali o delle congestioni di quest'organo.

Circa, infine, il sistema nervoso, non sono rare le nevrosi senili, l'istero-nevrastenia, l'epilessia tardiva, denominata da Schupfer epilessia senile, la congestione e l'emorragia cerebrale, quest'ultima assai frequente e dovuta alla diminuita resistenza delle pareti vasali ed all'aumento brusco della pressione sanguigna.

R. GARBINI.

L'ATTUALITÀ TERAPEUTICA

Il trattamento dell'ulcera peptica con mucina gastrica.

(A. ATKINSON. *Journ. Am. Méd. Ass.*, 2 aprile 1932).

Osservazioni cliniche e sperimentali hanno dimostrato l'importanza del fattore chimico e di quello meccanico nella guarigione delle ulcere dello stomaco o del tratto intestinale superiore. La mucina gastrica, che Fogelson ha proposto per la cura delle ulcere gastriche e duodenali, agirebbe sia dal punto di vista chimico che meccanico. Essa, secondo il Fogelson stesso, ricopre l'ulcera e la protegge dall'azione proteolitica: neutralizza inoltre l'azione corrosiva del succo gastrico a causa del suo alto potere di combinazione con gli acidi liberi. È perciò che è di grande utilità il suo uso in tutti i casi di ulceri gastriche o duodenali.

L'A. ha voluto controllare i risultati brillanti ottenuti dal Fogelson: ha così trattato 43 pazienti con anamnesi, sintomatologia subiettiva e obiettiva, manifestazioni radiologiche e prove di laboratorio positive per ulcera peptica. Dava generalmente 90 g. di mucina al giorno sciolta in latte o in crema, in varie riprese. Ha così notato che nei primi giorni dopo l'inizio della cura si nota già miglioramento con diminuzione del dolore alla notte e assenza del dolore durante il periodo del giorno in cui la mucina è presa. Il vomito cessa quasi immediatamente e non si rinnova dopo che il dolore è sparito. Il dolore sparisce generalmente fra il secondo e il terzo giorno: in un solo paziente persistè per tre settimane. I crampi addominali, le eruttazioni, o il rigurgito, che in alcun casi accompagnavano il quadro morboso, sparirono più tardi. Le emorragie occulte nelle feci non durarono più di nove giorni dall'inizio della cura, per quanto sei dei pazienti avessero avuto delle forti emorragie prima dell'inizio della cura. Durante il trattamento può aversi costipazione, ma questa è facilmente corretta aggiungendo alla dieta una maggiore quantità di vegetali cotti, frutta o succhi di frutta.

Dei 43 pazienti, 18 furono riesaminati radiograficamente ed in essi si notò che lo spasmo era manifestamente diminuito: in alcuni anzi si poteva notare un impiccolimento o addirittura una sparizione della nicchia, prova questa della guarigione dell'ulcera, concordante con il miglioramento clinico e con l'assenza del dolore epigastrico. In nessun caso la nicchia era ingrandita o lo spasmo maggiore.

Tutti i pazienti hanno continuato il trattamento per tutta la durata del periodo di osservazione, cioè dai tre ai dodici mesi. Durante il trattamento tutti rimasero completamente liberi dai sintomi dell'ulcera: solo un paziente accusò di nuovo il dolore una settimana dopo che la dose fu abbassata da 90 a 8 gr. giornalieri: ritornando alla dose di 90 gr. il dolore sparì. Nessun paziente si rifiutò di ingerire la mucina, nè trovò questa sgradevole: effetti secondari non se ne hanno se la somministrazione ha luogo accuratamente: ad ogni modo la mucina non è certamente un agente terapeutico che possa prescriversi senza controllo, dimenticando poi di seguire il malato. Quattro pazienti in cui, in seguito al trattamento con alcali, si era sviluppata una notevole alcalosi, trovarono notevole beneficio nella cura con mucina, senza avere nessun ulteriore disturbo dell'equilibrio acido-basico. La durata media della malattia nei 43 pazienti era stata di 5 anni. Trentacinque di essi avevano già subìto inutilmente un trattamento medico in ospedale.

Certamente il tempo di osservazione è stato troppo breve per poter provare che il miglioramento ottenuto sia permanente, sovratutto trattandosi di una malattia in cui il decorso naturale è così variabile. L'A. è però fermamente convinto che il trattamento con mucina può condurre alla guarigione dell'ulcera peptica.

***

Nello stesso giornale, H. Essex, B. Rivers, F. Vanzant mettono in evidenza i pericoli cui può andarsi incontro qualora si usi della mucina impura nel trattamento delle ulceri gastriche o duodenali.

Essi avevano già notato che la cura con mucina, mentre in alcuni malati portava un rapido miglioramento, in altri causava un peggioramento del quadro morboso ed un innalzamento del valore dell'acidità gastrica.

Studiando le possibili cause di questo fenomeno essi videro che, somministrando la mucina alla stessa maniera come si dà il pasto di Ewald, si aveva in risposta una secrezione in cui la curva acida era tanto alta quanto quella che si ottiene somministrando dell'istamina. Pensarono quindi all'esistenza di una sostanza segretagoga e la ricercarono biologicamente. Credono ora di poter affermare che questa sostanza non è altro che istamina e che molti preparati commerciali di mucina ne contengono una notevole quantità. La presenza di questa sostanza può e deve essere evitata mediante una più accurata preparazione del prodotto.

Questo deve essere veramente puro se si vuole ottenere dalla mucina un risultato terapeutico effettivo.

G. LA CAVA.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

T. BRUGSCH. *Trattato di medicina interna.* Unione Tipografico-Editrice Torinese, Torino.

Scrivere da solo un trattato di medicina interna è ora impresa ardua. Il Brugsch l'ha affrontata con una giusta visione d'insieme e l'ha egregiamente compiuta.

I due volumi che l'Unione Tipografico-Editrice Torinese ha pubblicato nella traduzione italiana con l'abituale signorilità della veste tipografica, costituiscono una trattazione armonica e ben proporzionata.

L'esposizione è chiara, succinta, esauriente. Nulla di veramente interessante è sagrificato alla sobrietà della forma. Sono invece trascurate le nozioni incerte, le notizie puramente dottrinali: tutto ciò che non è necessario e che è fonte di confusione.

Il trattato ha indirizzo spiccatamente pratico: una buona guida per i medici, un ottimo libro d'istruzione per gli studenti. DR.

L. KREHL. *Entstehung, Erkennung und Behandlung innerer Krankheiten*, XVI ed., volume I. Un vol. in-8° di pag. 716. F. C. W. Vogel, Berlin, 1932. Prezzo RM. 39,60.

Il classico manuale di fisiologia patologica si è venuto ora trasformando in un trattato ben più ampio, che comprenderà non solo l'origine, ma il riconoscimento e la terapia delle malattie.

In questo primo volume, l'A. tratta la patogenesi e la fisiologia patologica, a cominciare dalla costituzione e dalle malattie infettive, per proseguire con la febbre, il ricambio energetico e materiale, il bilancio dell'acqua e dei sali, il sistema nervoso e circolatorio, il sangue, la digestione, la respirazione, la secrezione urinaria e le ghiandole endocrine.

Non è possibile entrare nei particolari considerati in ogni singolo capitolo, che prospetta i diversi problemi con chiarezza e precisione, quali solo possono derivare dalla lunga e vasta esperienza dell'A. Ciò che importa maggiormente mettere in rilievo sono i concetti generali che informano la trattazione che è fatta astenendosi il più possibile dalla patologia sperimentale ed è invece essenzialmente basata sull'osservazione dell'uomo malato. « Io sono medico », scrive l'A. « e per il medico l'uomo è tutto ». Le sue malattie, la loro comprensione sono un qualche cosa che sta a sè, come tutto quanto riguarda l'uomo. Ed il problema dell'uomo malato non si esaurisce con l'esame obbiettivo, perchè essendo egli una creatura simile al medico, oltre che oggetto è anche soggetto e, come tale, presenta una particolare reazione all'osservatore. Nell'esporre i processi che decorrono nell'uomo malato, è pertanto necessario aggiungere qualche cosa di nuovo, che costituisce come una scienza a sè.

Il libro è alla sua XIV edizione, il che dimostra il notevole successo che ha avuto nel mondo medico. *fil.*

N. ORTNER. *Körperschmerzen und ihre Differentialdiagnostik.* Editore Urban und Schwarzenberg. Berlino-Vienna. Prezzo M. 30.

Il libro che oggi si presenta nella quarta edizione è già molto noto.

Esso costituisce la trattazione più completa sulla semiotica dei dolori fisici.

Tutte le manifestazioni dolorose sono considerate nel loro valore diagnostico. Di ciascuna di esse è indicato il carattere preciso come indice delle singole affezioni di ogni organo, delle differenti parti del corpo, dei varii tessuti. L'attuale edizione è più dettagliata e più aggiornata. DR.

A. CASTIGLIONI. *Italian medicine.* Un vol. in-16°, di 134 pag., con fig. e tav., rilegato. P. Hoeber, New York, 1932.

Soltanto un profondo conoscitore come il prof. Castiglioni poteva condensare e mettere in evidenza in modo efficace e preciso, nella piccola mole di questo volumetto, le più salienti caratteristiche della storia della medicina in Italia. Storia gloriosa, che anche molti medici italiani conoscono vagamente e che l'A. lumeggia alla brava negli otto capitoli di questo libro, che fa parte di una collezione (Clio medica) destinata a presentare ai lettori le varie fasi su cui si basa il grande edificio della scienza medica moderna.

In un capitolo introduttivo, sono segnate le grandi linee dello sviluppo della medicina in Italia, mettendo in rilievo le caratteristiche della medicina italiana, che rifugge dai sistemi rigidi e chiusi e mostrando come anche lo sviluppo della medicina sia connesso con le condizioni sociali e politiche e con la rinascita delle arti plastiche e figurative. Viene in seguito trattata la medicina italiana nei primi secoli del medio evo, sono descritte le prime università italiane, si accenna ai provvedimenti per l'igiene pubblica presi fin da quel tempo e si parla poi della medicina italiana nel Rinascimento.

Anche nel secolo XVII, nonostante i gravi avvenimenti politici ed economici, che sconvolgono il nostro Paese, medici e scienziati italiani aprono nuove vie alla scienza sperimentale. Il secolo XVIII è dominato dalle figure di Morgagni, di Cotugno, di Spallanzani. Al secolo XIX e all'attuale, sono dedicati gli ultimi due capitoli, in cui troviamo le tendenze più vicine a noi e vediamo citati i nomi che conosciamo più da vicino e che anche attualmente illustrano la scienza medica italiana.

È da augurarsi che di questo libro sia fatta un'edizione italiana. Anche nella forma attuale — evidentemente scritta per gli stranieri — il libro (col vantaggio della piccola mole e della facile lettura) riuscirebbe graditissimo al pubblico medico italiano, a cui farebbe conoscere i punti essenziali della storia della medicina nostra, invogliando a più profondi studî delle nostre glorie. A. F.

UOMINI E AZIONI

Luigi Pagliani.

Luigi Pagliani è morto il 4 giugno in Torino circondato dall'affetto dei suoi famigliari e dei discepoli, che in meno di un mese avevano visto affievolirsi rapidamente, inesorabilmente la sua fibra, rimasta fortissima fino all'ottantacinquesimo anno.

È possibile che questo nome e questa data non dicano nulla al gran pubblico, il quale conosce solo le grandi fame e le notorietà dell'ora che passa. È possibile, che qualcuno associi al suo nome qualche errore, che egli forse commise e qualche difetto che ebbe: la tomba si è chiusa troppo di recente, perchè possa aver purificato delle scorie questa grande figura. È certo che il nome risveglia una potente eco nell'animo di ogni medico italiano, il quale si senta degno di chiamarsi tale e rievoca per associazione alla mente un'altra grande anima, che a Luigi Pagliani affidò la creazione del servizio di Sanità pubblica e che nessun italiano pronuncia senza riverenza: quella di Francesco Crispi.

Luigi Pagliani era figlio di medico condotto ed aveva vista da vicino la vita del popolo; nessun conoscitore più profondo del medico condotto in quella, che noi chiamiamo con parola degli ultimi anni « medicina sociale » e nessuna migliore educazione per il fanciullo, che seguire il padre nella casa del povero.

Egli nacque il 24 ottobre 1847 in Genola (Cuneo), si laureò in medicina all'Università di Torino il 1870 e fu subito dopo assistente del grande fisiologo Moleschott. Il 1876 fu incaricato dell'insegnamento dell'igiene nella medesima Università, il 1882 nominato titolare della Cattedra, istituita appunto per lui. In questo primo periodo fece studi pregevolissimi sulla crescenza degli scolari poveri e di quelli agiati, sulle conseguenze dannose dell'affaticamento scolastico, sull'educazione fisica come compenso dei danni, derivanti dall'eccesso di lavoro mentale. Bisogna ricordare che a quell'epoca erano stati solamente pubblicati i dati del ginevrino Fahrer sui danni dei banchi scolastici, quali erano usati in quel tempo e quelli di Cohn sulla miopia come conseguenza del lavoro scolastico, in base alle osservazioni da lui fatte a Breslavia dal 1864 al 1869. Le ricerche e gli accertamenti di Pagliani prendono posto fra il 1874 ed il 1880, facendo di lui un precursore, il quale stabilì dati di fatto ed elementi di dottrina, che sono incontroversibili e preziosi ancora oggi e che molti giovani farebbero bene a leggere, invece di citare una folla di nomi stranieri, le cui indagini sono venute dopo, assai dopo. Concorse con Tommaso Villa all'iniziativa per le case popolari in Torino; con Paolo Boselli alla costituzione delle cucine economiche; fu uno dei principali osservatori e dirigenti della lotta contro l'anchilostomiasi nella costruzione della galleria del Gottardo e poi in quella del Sempione.

L'Italia aveva subìto la terribile epidemia di colera del 1884 a Napoli, importata a traverso il canale di Suez, recentemente aperto al traffico; e l'altra del 1885 a Palermo: migliaia di morti, vere catastrofi. Vigeva il sistema quarantenario, che era nato nelle nostre Repubbliche quattro secoli prima per la difesa contro la peste ed aveva raggiunto un pieno successo. Ma l'epidemiologia del colera era ben diversa, le condizioni sociali mutate e nè le quarantene nè i cordoni sanitari avevano arrestato il cammino fatale della malattia. Se ne dette colpa alle condizioni trascuratissime di igiene, nelle quali il popolo viveva ed alla mancanza di criteri tecnici precisi nell'opera svolta dalle autorità sanitarie. Agostino Bertani, medico della spedizione dei Mille e deputato, promosse il 1885 una inchiesta fra i medici condotti, i cui dati furono affidati per l'elaborazione ad Anna Maria Mozzoni e rivelarono condizioni gravissime. Bertani formulò un progetto di legge sanitaria, che il Presidente del Consiglio dei Ministri Depretis presentò il 1886 al Senato, dove incontrò notevoli opposizioni sia per la sua estensione sia perchè introduceva una gerarchia di organi sanitarii autonomi ed indipendenti dagli organi amministrativi dello Stato. Morto Depretis e succedutogli Francesco Crispi, questi ritenne uno dei suoi primi compiti di Governo la sistemazione dei servizi di Sanità pubblica. E chiamò al suo fianco Luigi Pagliani il 1887.

Pagliani disse più volte che Egli non seppe mai chi facesse il suo nome al nuovo Capo del Governo. Fu avvisato che era chiamato a conferire col Ministro, mentre faceva lezione agli studenti e partì per Roma. Il primo abboccamento durò pochi minuti; fra uomini di azione sono superflui i discorsi. La segnalazione del grave compito, la necessità di cancellare dall'Italia l'epidemia colerica ancora serpeggiante, la difesa contro gli altri contagi, la domanda di pieni poteri, l'assenso incondizionato sotto la sua responsabilità: fu tutto e cominciò il lavoro insonne.

Pagliani pose a caposaldo della sua attività due punti: la Scuola e il rinnovamento della Legislazione sanitaria. Creò avanti tutto la Scuola, perchè sentì la necessità di formare una schiera di collaboratori consapevoli e convinti; la prima Scuola di Sanità pubblica che sorgesse nel mondo, quando in nessun paese si pensava ancora ad insegnamenti di questo tipo. La creazione fu tutta sua, assolutamente originale. Egli scelse gli insegnanti, li plasmò mano mano, formò lo spirito loro e degli allievi; migliorò e completò l'insegnamento col metodo sperimentale, traendo partito da quan-

to veniva osservando giorno per giorno, fino a costituire il tipo, che rimase definitivo e che poi è stato imitato negli altri paesi. Da questa Scuola uscirono la massima parte degli insegnanti di igiene, che hanno dettato lezioni nell'ultimo quarantennio; tutti i medici provinciali, tutti gli ufficiali sanitari di grandi città. I piani regolatori urbani, gli acquedotti, le fognature, le scuole, le case di abitazione, gli edifici pubblici, si sono informati ai principii d'igiene dettati nella Scuola, che dobbiamo al genio di Luigi Pagliani.

Subito dopo chiese al Capo del Governo la Legge sanitaria. Francesco Crispi gli mostrò il voluminoso progetto Bertani, gli disse delle ostilità incontrate in Senato, gli ricordò che un progetto precedente del Ministero Lanza era naufragato in Senato il 1873. Pagliani riprese il progetto con C. Inghilleri, lo sfrondò di tutto quanto non era indispensabile, lo semplificò assimilandolo agli ordinamenti amministrativi ed il Senato approvò. Mancavano ancora tre giorni per la chiusura della Sessione, che avrebbe fatto decadere il disegno di Legge, quando Crispi lo presentò alla Camera e con la sua decisa azione ne ottenne l'approvazione. Così è nata la legge, su cui si è organizzata e vive tuttora la Sanità pubblica in Italia.

Pagliani conservava per sè un posto modestissimo, per nulla appariscente nè rumoroso, negli uffici centrali del Ministero. Ma dalla sua modesta scrivania partivano le leggi, i regolamenti, le circolari che creavano pezzo per pezzo il servizio sanitario. Nelle soste del lavoro a tavolino correva instancabile da un capo all'altro d'Italia, dovunque si delineava un pericolo di contagio, dovunque si doveva incoraggiare o sostenere uno dei medici provinciali creati da lui, dovunque era una lotta da combattere. Abolì le quarantene sostituendovi la ricerca e la cura del malato; dette così all'Italia una nuova dottrina di difesa dai contagi, che poi trionfò nelle Conferenze internazionali, dove dettarono legge la voce di Koch e la Sua. Malgrado la posizione ufficiale non vistosa; il nome e la competenza gli spianarono la via; tenace, rude come un montanaro quale era, talora violento, instancabile, con una fiducia illimitata nel successo: era l'uomo che ci voleva per vincere una grande battaglia civile. E la vinse. Il colera scomparve, dopo un ultimo tentativo nel 1893, prontamente domato. I contagi comuni cominciarono a scemare e proseguirono fino ad oggi nella fase discendente, tanto da essere ridotti ad un quarto di ciò che erano nel 1887, quando l'opera cominciò. La mortalità segnò una fase costante di declinazione; da quasi novecentomila morti per anno fino a meno di seicentomila l'anno decorso. Ecco il bollettino di una grande vittoria, che si misura dal numero di vite conservate alla Patria ed al lavoro. Tutto merito del servizio sanitario? Sarebbe esagerato assicurarlo, poichè vi concorse il migliorato tenore di vita del popolo italiano. Ma è certo che il contributo assegnabile all'opera di Luigi Pagliani è immenso. È un'opera che si approfonda nel futuro, poichè gli ordinamenti da lui creati persistono tuttora; i concetti fondamentali per la lotta contro le epidemie sono quelli, che hanno permesso all'Italia di affrontare serenamente e superare eventi sanitari paurosi in guerra ed in pace; la legislazione e la regolamentazione sanitaria, da lui create, sono quelle su cui si regge l'Italia e rappresentano un monumento invidiato di sapienza civile.

Il suo lavoro durò nove anni. Il 1896 Francesco Crispi fu sostituito da gente inferiore a lui in un momento, in cui il popolo italiano, trascinato da falsi profeti, dimenticava sè stesso. E si trovò un pretesto per mandare via Luigi Pagliani. Egli tornò al suo insegnamento; nè ebbe mai, durante i trentasei anni che visse ancora, una parola di recriminazione e di lamento, nè ricordò mai i grandi servigi resi all'Italia, nè chiese alcuna ricompensa. E non ne ebbe alcuna, tranne la coscienza del dovere compiuto e la devozione illimitata di una miriade di scolari sparsi in tutta Italia, che venerarono il suo nome come quello del Maestro.

Scrisse ancora un'opera, rimasta classica e tuttora libro di testo sull'igiene; presiedette durante la guerra una Sezione del Comitato di mobilitazione civile; al 75° anno si ritirò dall'insegnamento, povero come era sempre stato. Sano, forte, ebbe il massimo premio che Dio concede all'uomo: una vecchiezza vegeta e robusta in mezzo all'affetto ed alla devozione di cui era circondato. Negli ultimi anni aveva ancora un'aspirazione: vivere fino al 1933 per veder risorgere la sua Scuola, per assistere all'inaugurazione dell'Istituto di Sanità pubblica, fissata dal Duce per l'anno prossimo. La sorte non volle concedergli la soddisfazione, o non volle guastare con quella, che avrebbe potuto essere un'apoteosi, la linea di questo uomo semplice e grande. Un lieve disturbo e poi si avviò sereno alla tomba come il giusto che ha vissuto a lungo e desidera di chiudere finalmente la sua giornata. Lo circondavano alcuni dei suoi antichi discepoli, che, dopo aver data una lunga vita per la salute del popolo, dopo aver coperto cariche illustri, aver affrontato pericoli e delusioni, cominciano a godere anch'essi del riposo, che concede una vita ben vissuta.

Con Luigi Pagliani una luce si è spenta. Tutta un'epoca è vissuta e vive sull'eredità mentale di quest'uomo. Ma le generazioni, che si sono succedute ed hanno goduto i benefici, sono state sempre troppo distratte per dire « grazie » a chi questi benefici ha procurato.

Forse il ringraziamento, che è una giustizia, verrà dopo la morte.

A. ILVENTO.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta del 30 aprile 1932.

Presiede il Prof. S. BAGLIONI, presidente.

G. FERRERI. — *Le indicazioni della tonsillectomia.*

Contributo allo studio delle steatosi per mezzo delle colture dei tessuti "in vitro".

Dott. M. TORRIOLI. — L'O. ha studiato le steatosi in colture di midollo osseo di cavia lasciate invecchiare senza trapianti. Inquadra i fenomeni di steatosi osservati in ciascun tipo cellulare, secondo la classificazione delle steatosi di Kawamura e Aschoff. Propone un piano di studio del meccanismo genetico delle steatosi osservate.

Azione della tossina tifica sulle colture di midollo osseo.

Dott. M. TORRIOLI. — L'O. studiando l'azione del filtrato di brodocultura di b. di Eberth, nelle culture di midollo osseo di cavia, descrive una azione stimolante delle piccole dosi di questo ed una azione paralizzante e necrotizzante delle alte dosi.

Considerazioni idro-geologiche sulle sorgenti delle acque Albule.

Prof. V. PUNTONI. — L'O. prospetta anzitutto la costituzione geologica del sottosuolo della zona ove hanno origine le acque Albule: la catena secondaria dei monti Sabini a nord e ad est; terreni terziari a sud ed ovest; al di sopra di tali terreni uno strato più o meno continuo di materiali vulcanici eruttati dai vulcani laziali, sopra ancora un bacino di travertino formatosi per sedimentazione dalle acque Albule stesse, al centro del quale sono le attuali sorgenti che si presentano sotto forma di due laghi (lago Colonnelle e lago Regina).

Passa poi a discutere sulla derivazione delle acque Albule che presumibilmente hanno origine da acque meteoriche ingolfatesi nel sistema di fessure del massiccio calcareo dei monti Lucratili, ed emergenti attraverso fessure formatesi sul punto di contatto fra i terreni secondari e terziari, con i caratteri di sorgive diaclasiche.

Prende quindi in esame la composizione chimica dell'acqua, asserendo che essa è in relazione al suo arricchimento in anidride carbonica ed idrogeno solforato, gas i quali derivano da un residuo di azione vulcanica sotterranea.

Il grande contenuto in anidride carbonica fa sì che queste acque acquistino un notevole potere di dissoluzione delle rocce calcaree del sottosuolo, donde la formazione di fenomeni carsici, i quali possono spiegare l'origine dei due laghi-sorgenti attuali, interpretabili come doline di crollo. Venute a giorno, queste acque perdono molta anidride carbonica, donde una precipitazione di carbonato di calcio che spiega la formazione del circostante banco di travertino avvenuta quando le acque impaludavano la zona per mancanza di un emissario.

L'idrogeno solforato, pure di origine vulcanica, scioglie lo zolfo, che certamente trovasi nelle profondità come residuo di attività vulcanica, e lo disperde allo stato colloidale così finamente da consentire la perfetta limpidità delle acque appena vengono a giorno; ma poi, per liberazione dell'idrogeno solforato nell'aria, si ha tendenza alla formazione di micelle di maggior mole, donde l'albescenza e poi la precipitazione dello zolfo.

L'O. parla ancora della portata delle acque Albule che può arrivare a mc. 2,50 al minuto secondo, della temperatura di esse che è di 23° e delle buone condizioni igieniche nelle quali queste acque si presentano. Termina accennando ad altre sorgenti della zona che sono probabilmente in intime relazioni con le acque Albule.

Pneumoperitoneo come trattamento della tubercolosi intestinale.

Prof. V. MONALDI. — L'O. riferisce che sta trattando nell'Istituto Mussolini con pneumoperitoneo cinque casi di tubercolosi intestinale diffusa secondaria a tubercolosi polmonare.

In due ha avuto la cessazione completa della fenomenologia clinica, in due ha avuto cessazione della diarrea e riduzione di tutti gli altri sintomi. In uno solo il risultato per ora è negativo.

Partecipa alla discussione il prof. ARCANGELI.

Ipersensibilità istaminica negli stati di iposurrenalismo.

Dott. V. SERRA. — L'O. mette in evidenza la particolare ipersensibilità dimostrata dagli iposurrenalici di fronte all'istamina: ritiene che essa debba attribuirsi ad un perturbamento del sinergismo funzionale che lega questa sostanza alla adrenalina, e ne illustra il significato clinico e le possibili applicazioni a scopo diagnostico.

Ago da puntura esplorativa, perforatore del cranio.

Prof. G. EGIDI. — Modificata la punta di un comune ago, l'O. ha potuto servirsi di esso come di una punta di trapano per forare il cranio e fare punture esplorative. (Cfr. N. 24, p. 925).

Partecipano alla discussione i proff. AYALA e CHIASSERINI. *Il Segretario*: G. AMANTEA.

Società Medico-Chirurgica di Padova.

Seduta del 13 maggio 1932.

Presidente: Prof. CAGNETTO.

Prof. G. ZANETTI. — *Sul concetto generale di flogosi desunto da criteri istopatologici.*

Su di un caso di ipertrofia congenita del collo vescicale. Resezione. Guarigione.

Dott. C. MALTESE LE ROY. — L'O. illustra il caso di un paz. di 40 anni disurico e ritenzionista dall'età di 14 anni in condizioni generali molto scadenti (due grammi di azotemia). Stabilita la diagnosi d'ipertrofia congenita del collo vescicale l'O. ne pratica la resezione in due tempi con pieno successo: il paz. riacquista la minzione normale senza il minimo residuo.

L'O. dopo aver fatto delle considerazioni cliniche nel suo caso ed accennato alle principali caratteristiche della malattia descritta recentemente da Marion, mette in rilievo il fatto che molti pazienti ritenzionisti cronici che venivano compresi nei « prostatici senza prostata » o ritenuti affetti da « atonia vescicale primitiva » presentano in realtà

l'ipertrofia congenita del collo vescicale. In essi la resezione di questo, praticata in due tempi se le condizioni generali non sono molto buone, produce la guarigione completa.

Discussione: Maurizio, Brendolan, Maltese.

Dott. C. Maltese Le Roy. — *Uro-pio-nefrosi da sezione dell'uretere; nefrectomia; guarigione. Considerazioni sulle ferite dell'uretere.*

Considerazioni sopra alcuni casi di tossi-infezione alimentare provocata da ingestione di molluschi.

Dott. G. e R. Denes. — In questi ultimi tempi sono stati osservati dagli OO. una decina di casi di tossi-infezioni alimentari nelle persone che consumarono dei molluschi crudi (ostriche, mitili, cardi). Mentre l'ingestione di ostriche infette provoca una forma infettiva che può decorrere anche gravemente, il consumo di altri molluschi è seguita da accidenti immediati tossici. Questi fenomeni tossici in seguito spariscono e dopo un periodo di incubazione che varia da 12-14 giorni si inizia la forma infettiva.

Gli OO. discutono la patogenesi di questi accidenti tossici e li attribuiscono al fatto che nel corpo dei molluschi i germi patogeni subiscono una profonda modificazione, si liberano le tossine batteriche, che provocano i disturbi immediati nell'uomo. *Il Segretario.*

Spedali Civili di Genova.

Presidente: Prof. Da Gradi.

Seduta del 27 aprile 1932.

Prof. Trevisanello. — *In margine al recente Congresso internazionale di Rabdomanzia di Verona.*

Nuova cura per le ulceri gastriche

Prof. Gervino. — L'O. dopo aver illustrato un raro caso di *megaesofago primitivo* riferisce sui benefici effetti ottenuti con le iniezioni endovenose di *borato di sodio nel trattamento delle ulcerazioni gastriche.*

Il diabete renale.

Prof. Gelera. — L'O. riferisce due casi clinici di diabete renale studiati accuratamente sia dal lato clinico che con ricerche di laboratorio. Mette in evidenza i dati principali riscontrati e che individualizzano tale forma morbosa: soglia renale bassa, glicemia normale a digiuno, curva glicemica con ipoglicemia finale, resistenza all'insulina, assenza di sintomi di diabete, glicosuria paradossa. In un caso ottenne qualche risultato con la cura calcica, atropinica ed adrenalinica, nell'altro la stessa cura ebbe esito negativo.

Sulla cura incruenta dell'invaginazione acuta del lattante.

Dott. Costa-Staricco. — Riferisce l'O. i buoni risultati ottenuti con la cura incruenta mediante enteroclismi ad alta pressione. Tale cura non deve essere tentata se non nelle prime 12-14 ore, nè quando la testa della porzione invaginata è percepibile con l'esplorazione rettale. Inoltre deve essere praticata nelle vicinanze d'una sala da operazione in modo che se l'esito della riduzione resta incerto possa essere eseguita immediatamente la laparotomia.

Società Medico-Chirurgica Bergamasca.

Presidenza: prof. D'Alessandro.

Seduta del 18 marzo 1932.

Sugli esiti lontani della nefrectomia nella tubercolosi renale.

Dott. E. Leni. — L'O. espone il riassunto di uno studio sulla nefrectomia nella tubercolosi renale. Tratta l'argomento sulla scorta di 22 casi presentatisi nel reparto chirurgico cui è addetto dal 1924 al 1930.

Su 22 nefrectomizzati si è avuta la morte in una forma bilaterale in 9ª giornata, una postuma di 4 anni per tubercolosi polmonare e con ripristino della funzione renale e 20 viventi in ottime condizioni generali e con reintegrazione funzionale perfetta in 16ª. Confronta questi dati con quelli di altri Autori, ne rileva l'ottimo valore e conclude per l'assoluta indicazione alla nefrectomia precoce nella tubercolosi renale.

Leucemia acuta a sindrome emocitoblastica.

Dott. Pistoni. — L'O. riporta un caso di leucemia acuta emocitoblastica, rapidamente mortale, osservata in un adulto ad emocultura negativa e senza splenomegalia.

Seduta del 20 aprile 1932.

Quattro casi di toracoplastica totale allargata per fistola pleurica cronica.

Prof. Lussena. — Presenta 4 soggetti ormai da lungo tempo guariti, che furono operati in più tempi per collassare la gabbia toracica ove esisteva fistola pleurica cronica, esito di antico empiema. Illustra i casi clinici con la loro storia e descrive gli interventi praticati. Il risultato voluto ed ottenuto in tutti i casi, senza alcun decesso, è quello di riuscire ad annullare una cavità pleurica divenuta fibrosa rigida, che non si sarebbe mai ridotta sia per inespansione polmonare sia per la cronicità del processo e l'inestinguibile suppurazione.

Sugli interventi precoci per appendicite acuta.

Prof. Lussena. — Riprende il tema di una precedente comunicazione allo scopo di ribadire concetti e persuadere i colleghi che l'appendicite acuta esula dal campo medico ed è di spettanza chirurgica. Nel 1931 ha operato d'urgenza 11 casi di appendicite acuta fra la 1ª e la 4ª giornata, tutti guariti in 12ª-24ª giornata. Ha poi operato di peritonite acuta da perforazione appendicolare fra la 4ª e la 7ª giornata, con 3 guarigioni.

Dott. Nicoli. — *Il Radio curvo di Madelung. Contributo clinico e trattamento chirurgico ortopedico.* *Il Segretario.*

Accademia Pugliese di Scienze.

Seduta del 28 aprile 1932.

Presidente: prof. Paolo Gaifami.

Intorno ad alcune questioni riguardanti la genesi dei tumori. Ricerche sperimentali e considerazioni.

Prof. V. Bisceglie. — L'O. dopo alcune considerazioni intorno al problema dell'origine dei tumori, riferisce i risultati di un primo grup-

po di sue ricerche dalle quali è risultato che il blocco del S. R. E. non è capace di determinare l'attecchimento e lo sviluppo degli innesti tumorali eterologhi. In un secondo gruppo di ricerche, scegliendo opportunamente gli animali e sottoponendo questi ad una dieta ipervitaminica B., l'O. comunica (e ne proietta i preparati) di aver ottenuto in 3 casi, dopo innesto di poltiglia embrionale e soluzione di anidride arseniosa 1:80.000, sviluppo di tumori sarcomatosi.

Discussione: proff. MARIANI, GIANNELLI, CECCARELLI.

Il significato della neurite ottica retrobulbare nella semiologia medica generale.

Prof. MAGGIORE. — L'O. richiama l'attenzione sul fatto che svariate malattie possono essere incriminate nella genesi della neurite ottica retrobulbare che è una manifestazione squisitamente monosintomatica e non dà per se stessa elementi sufficienti per porre in tutti i casi una diagnosi differenziale etiologica precisa.

Data la frequenza con la quale la neurite retrobulbare suole manifestarsi nelle affezioni latenti dei seni posteriori, l'O. ritiene necessario, prima di poter incriminare una eventuale affezione di carattere generale, escludere la presenza di una sinusite onde non incorrere in errori di diagnosi.

Sull'importanza del reperto radiografico nella diagnosi etiologica delle neuriti ottiche retrobulbari.

Prof. DEL BUONO. — L'O. fa rilevare la grande importanza che oggi ha assunto l'esame radiologico nella diagnosi delle sinusiti, e quindi in quella etiologica delle neuriti retrobulbari. Illustra, presentando numerosi radiogrammi del cranio, alcuni casi clinici con gravi turbe oculari e di varia natura.

Discussione: Proff. GIANNELLI, GALLERANI, COZZOLINO, INSABATO e dott. ANACLERIO e RUSSO-FRATTASI.

Il Segretario: D. GARGASOLE.

Società Italiana Fascista per gli Studi Scientifici sulla Tubercolosi.

(Sezione di Napoli).

Riunione scientifica del 19 gennaio 1932.

Presidente: Prof. R. JEMMA.

Tentativi di virulentazione del B. C. G.

A. CANTANI. — L'O. si è servito del metodo delle iniezioni endocraniche a cavie e conigli, metodo da lui usato con successo per altri microbi.

Dai suoi esperimenti non si possono trarre conclusioni definitive.

Altre ricerche non ancora completate, sono state istituite mediante infezioni miste col B. C. G.

Discussione: H. BEVERE, R. JEMMA, A. CANTANI.

A. CANTANI. — *Sulle modalità di funzionamento dei Centri di accertamento per le profilassi antitubercolare.*

Discussione: D. SCALFATI, V. DE BONIS, R. JEMMA, A. CANTANI.

Ricerche sull'ultravirus tubercolare.

G. DI BELLO. — L'O. ha ripetuto le ricerche di Ninni tendenti a dare la dimostrazione delle forme visibili dell'ultravirus tubercolare con la inoculazione di filtrati di culture di bacilli tubercolari bovini (ceppo Vallée) in 22 cavie, e con la inoculazione in 10 cavie, di glandole prelevate dalle cavie e inoculate direttamente con filtrati semplici o concentrati, seguendo in tutto la tecnica indicata da Ninni; non è riuscito a mettere in evidenza forme bacillari o granulari acido-resistenti, ciò che è riuscito a Ninni, a de Bonis Ugo e ad altri.

Discussione: U. DE BONIS, V. DE BONIS, A. CANTANI, A. LAURINSCH, M. ZAPPIA, A. G. CHIARELLO, N. SANGUIGNO.

A. LAURINSICH. — *Su alcuni casi di tubercolosi polmonare aperta a decorso lieve nell'infanzia.*

Discussione: A. CANTANI, A. LAURINSICH.

A. FORTUNATO. — *Studio di un antigene per la deviazione del complemento nella tubercolosi.*

Contributo sperimentale ad una ulteriore conoscenza dei rapporti tra tubercolotici e diabetici.

A. FORTUNATO. — L'O. ha eseguito ricerche su animali non tubercolotici trattati con tubercolina, ricerche su animali affetti da tubercolosi e ricerche sull'uomo tubercolotico, studiando le varie curve glicemiche e viene alla conclusione che i veleni tubercolari solubili tendono ad ostacolare il normale metabolismo degli idrati di carbonio determinando nell'organismo condizioni analoghe a quelle che si hanno nell'insufficienza epatica.

Discussione: L. BEVERE, N. SANGUIGNO, A. FORTUNATO.

Contributo alla collassoterapia bilaterale.

M. ZAPPIA. — L'O. riferisce su 5 casi d'infermi di tubercolosi polmonare curati col pneumotorace bilaterale.

Dopo avere descritta la tecnica seguita e riassunto i casi clinici richiama l'attenzione dei colleghi sulla possibilità della perforazione del polmone che successivamente viene sottoposto a collassoterapia, evenienza fortunatamente non così pericolosa come a prima vista potrebbe sembrare. Richiama l'attenzione invece sulla complicanza, fortunatamente rara, ma la più fatale che possa accadere e cioè, sull'ispessimento bilaterale della pleura viscerale con successivo incarceramento del polmone e insufficienza respiratoria di cui un caso è stato descritto da Fici. Egli ha avuto buoni risultati, per cui può concludere che ha avuto notevole incoraggiamento ad estendere la cura pneumotoracica ad infermi nei quali, pur presentando scarse lesioni controlaterali, rimaneva perplesso se iniziare o meno la collassoterapia al lato più fortemente affetto ed afferma con tutta sincerità che questa sua esperienza sul pneuma bilaterale ha fatto tacere in lui i dubbi, i timori, le perplessità che in lui sorgevano ad ogni inizio di pneuma per lesioni unilaterali, a causa delle possibili diffusioni all'altro lato non così infrequenti in corso di cura. Il pneumotorace bilaterale pertanto, ideato da Maurizio Ascoli, anzichè essere considerato come una contraddizione dei postulati del pneumotorace del Forlanini deve essere considerato come la sua naturale evoluzione scientifica, che nell'applicazione pratica estende in modo notevole l'applicazione della collassoterapia del Forlanini.

Discussione: V. DE BONIS.

Il Segretario: Prof. V. DE BONIS.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

L'esame del malato di cuore.

S. Biondo (*Cuore e circolazione*, maggio 1932) rileva il notevole aumento della morbosità e mortalità per malattie dell'apparato cardio-vascolare e dimostra l'urgenza del problema diagnostico per le sue strette relazioni con la terapia e la prevenzione.

Egli osserva come spesso il medico trascuri di indagare tutti gli aspetti della diagnosi perchè non apprezza a dovere le complesse relazioni fra diagnosi e terapia, limitando spesso questa alla digitale o rimedi affini. Malagevole è poi spesso per il medico la diagnosi di un vizio organico da un semplice disturbo funzionale, sia per l'insufficienza dei trattati su tale riguardo, sia perchè non si tiene il dovuto conto dell'esame radiologico ed elettrocardiografico.

È quindi necessario procedere anzitutto ad un'anamnesi accurata (che metta in rilievo il sintomo dominante, le abitudini di vita, ecc.) e ad un esame obbiettivo fatto con metodo, per il quale l'A. dà opportuni consigli. Per lo specialista e per arrivare ad una diagnosi rigorosamente scientifica, sono inoltre necessari la radiodiagnosi e l'elettrocardiogramma.

La diagnosi dovrà essere schematizzata in eziologica, anatomica e funzionale. Per arrivare a tale scopo, sarà necessaria l'introduzione in pratica di una nomenclatura standardizzata, in modo da poter ottenere dei dati omogenei e confrontabili.

fil.

La pressione media nello studio della ipotensione arteriosa nelle malattie infettive.

A. Pozzi (*Cuore e circolazione*, maggio 1932), dopo avere esposto delle considerazioni generali sul concetto di pressione media quale è stato recentemente introdotto da Vaquez, riporta i risultati delle ricerche personali eseguite su una cinquantina di malati di forme infettive diverse (morbillo, scarlattina, difterite, carbonchio, ecc.). I malati vennero seguiti nelle varie fasi della malattia, in modo da studiare il comportamento delle modificazioni pressorie con l'andamento di quella.

Non risultano però da tale studio elementi tali da far considerare la pressione media come indice *sicuro* dell'attività cardiaca. L'A., di fatto, ha riscontrato nelle ipotensioni studiate, dei valori della pressione media fondamentalmente e quasi costantemente normali. Questo, egli aggiunge, potrebbe indurre ad assegnare maggiore importanza, nella patogenesi dell'ipotensione delle malattie infettive, ai fattori periferici, qualora si dovesse realmente considerare la pressione media nel senso di Vaquez, cioè come elemento di giudizio dell'efficienza dell'attività cardiaca.

Tale fatto sembra però contrastare con le osservazioni stesse dell'A. e di altri sul comportamento della pressione media sotto l'azione dell'istamina. In base ad esse, si dovrebbe ammettere che, nell'ipotensione a genesi primitivamente e prevalentemente periferica quale è quella istaminica, l'efficienza cardiaca, e quindi i fattori centrali del circolo, esercitino una influenza notevole.

Lo studio della pressione media non consente pertanto delle conclusioni sicure nè sulle componenti centrali e periferiche dell'ipotensione nelle malattie infettive, nè sul significato preciso che a tale nuovo indice dell'attività circolatoria è stato assegnato da Vaquez ed allievi.

fil.

La pressione e la morfologia dei capillari nell'ipertensione essenziale.

Nello studio sistematico dei capillari negli ipertèsi, sia con lesioni renali, sia nei così detti ipertèsi essenziali, P. Bisbini (*Cuore e circolazione*, nov. 1931) ha rilevato che tanto negli uni come negli altri, si trovano delle alterazioni nella disposizione delle anse dei capillari; le anse, anzichè essere tutte dirette in senso centripeto e parallele, o quasi, fra di loro, si riscontrano con disposizione normale alle altre od anche a direzione opposta. Tale disordine non è sempre costante ed alle volte è così lieve da non potere essere con sicurezza apprezzato.

Nei casi dell'A. si potrebbe concludere per un certo rapporto fra gravità dell'ipertensione e disordine nella disposizione dei capillari.

Se si misura la pressione capillare nelle varie forme di ipertonia durante la stasi provocata con il laccio e dopo che questo è stato tolto, si osserva, nella grande maggioranza dei casi, un ritorno istantaneo della pressione, che con il laccio era aumentata, ai valori di prima. Talvolta, la discesa non è rapida come di norma, ma avviene gradatamente. In questa eccezione, incorrono, sia gli ipertèsi essenziali che quelli con lesioni renali.

fil.

CASISTICA E TERAPIA.

Reumatismo cerebrale iperpiretico a decorso acutissimo.

V. De Bernardinis (*Giornale di Medicina Militare*, aprile 1932) riferisce su due casi di reumatismo cerebrale iperpiretico osservati nell'Ospedale Militare di Roma in due allievi Carabinieri di mestiere contadini e nella cui anamnesi nulla d'importante vi era da rilevare; erano ricoverati per poliartrite reumatica acuta. Nel primo, in sesta giornata di malattia, mentre tutto decorreva regolarmente,

s'ebbe repentinamente rialzo termico fino a 43° ed attacchi convulsivi alternati a trisma ed opistotono; incoscienza; morte dopo circa 5 ore dall'inizio di tali fenomeni. L'altro in diciassettesima giornata di malattia a decorso del tutto normale, e proprio quando si annunziava una rimissione dei fenomeni morbosi, improvvisamente si constatò elevazione termica, delirio e scariche convulsive; morte dopo 11 ore. L'A. senza pretesa di mettere in evidenza fatti nuovi, fa notare il modo di insorgere inaspettato della sindrome nervosa ed il suo decorso acutissimo, specie nel primo, di osservazione non frequente, a giudicare dai casi riportati nella letteratura. Tali forme sono attualmente molto rare e ciò, secondo qualche A., per effetto della cura salicilica opportunamente praticata, il che per altro non trova conferma nei due casi riferiti, perchè insorsero ad onta della cura stessa.

Dopo avere accennato alle lesioni anatomiche rilevate a carico del sistema nervoso e consistenti in intensa congestione cerebrale e fenomeni degenerativi delle cellule piramidali; quest'ultimi non costanti, l'A. discute con squisito acume clinico e critico la patogenesi della sindrome quale è stata da diversi AA. prospettata, patogenesi che regolarmente risente di tutte le incertezze che dominano l'etiologia dell'infezione reumatica, anzi tali incertezze aumentano quando si cerca di interpretare la sindrome in esame così caratteristica ed impressionante per la sua rapida insorgenza ed evoluzione. Riconosce quindi allo stato attuale delle nostre conoscenze l'impossibilità di spiegare la speciale forma morbosa nè colla teoria batterica, nè con quella focale e anafilattica. In base sempre alle sue osservazioni discute come non sostenibile un rapporto tra gravità dell'infezione reumatica e localizzazione cerebrale e tanto meno l'ipotesi che si tratti di metastasi encefalica in coincidenza di una remissione dei fenomeni articolari, in quanto tale remissione è solo apparente ed in dipendenza dello stato d'incoscienza del paziente, per cui muove come normalmente le articolazioni malate. Non crede ammissibile l'ipotesi, da alcuni avanzata, che abbia influenza l'uso abbondante del rimedio specifico, in quanto da altri è stato affermato che proprio tale terapia ha diminuito la frequenza della sindrome in esame. Non ritiene infine che all'insorgenza della grave complicanza dell'infezione reumatica contribuisca l'eredità neuropatica o il surmenage intellettuale, ciò almeno nelle sue due osservazioni, in quanto queste riguardavano due contadini, quasi ventenni, arruolati nell'Arma dei Carabinieri Reali, quindi soggetti fisicamente e psichicamente ben selezionati, oltre che con esame obbiettivo rigoroso anche con diligenti informazioni sui precedenti personali e familiari.

R. D'ALESSANDRO.

Meningite primitiva da gonococco trattata con un auto-lisato-vaccino.

P. Emile-Weil, Duchon e Bertrand (*Bulletin et Mém. de la Soc. des Hôp. de Paris*, 27 novembre 1931) riferiscono un caso di meningite acuta siero-purulenta primitiva. In seguito al risultato della puntura lombare fu fatta diagnosi di meningite cerebro-spinale e fu istituito un trattamento serico, per quanto all'esame diretto non fosse stato trovato alcun germe. Le culture però misero in evidenza un diplococco gram negativo, con i caratteri del gonococco.

Diversi fattori di ordine clinico e terapeutico parlavano ugualmente in favore della natura gonococcica di questa meningite.

Il trattamento antimeningococcico fu inefficace, mentre il vaccino fatto con il germe dell'ammalato permise una rapida guarigione. D'altra parte la gonoreazione fu nettamente positiva nel sangue e l'infermo dopo alcuni mesi ammalò di artrite scapolo-omerale che portò all'anchilosi.

Il caso è eccezionale perchè tutte le osservazioni di meningite gonococcica riportate nella letteratura concernono meningiti siero-purulente o purulente secondarie o contemporanee a setticemia gonococcica, a endocardite gonococcica.

Forse l'assenza dei germi all'esame diretto del liquido cefalo-rachidiano fa sì che casi simili a quello osservato dagli AA. non siano riconosciuti. Delle ricerche di controllo forse dimostrerebbero che casi di questo genere non costituiscono una rarità patologica.

C. TOSCANO.

Neurosi e psicosi nei disturbi delle mestruazioni.

B. Aschner (*Wien. Klin. Wschs.*, n. 36, 1931) ha notato da vario tempo che le mestruazioni sono un processo di ricambio importante per il benessere fisico e psichico della donna. Sta a dimostrazione di ciò lo stato di irritazione e malessere che non di rado precede ogni termine: nella dismenorrea e nell'ipomenorrea poi si può giungere a quadri di intossicazione e di eccitazione nervosa.

Premesso ciò, l'autore illustra varii casi in cui sulla base di una incompleta o mancante funzione mestruale si creano quadri morbosi diversi.

Egli osservò parestesie e vertigini, insonnia o sonnolenza insistente, stati angosciosi e isterici e casi di melanconia. Guarire in modo perfetto se con stimolanti del ricambio venivano riportati al normale i mestrui.

Nei casi di paranoia gli riuscì invece più difficile la guarigione sia perchè lo stato morboso spesso durava da troppo tempo sia per l'avversione alle medicine frequente in queste malate che temono di essere avvelenate.

Dopo aver citato alcuni medici che con buon effetto hanno applicato il suo metodo l'autore invita altri a sperimentarlo senza pregiudizio.

M. PIPERNO.

Dismenorree e nevralgie pelviche trattate con la resezione del nervo presacrale.

P. Razemon e M. Lambret (*Arch. franco-belges de chirurgie*, n. 8, XXXII) hanno praticato tale trattamento in 25 casi ottenendo 10 guarigioni, 6 miglioramenti, 4 insuccessi, (5 casi non fu possibile seguirli).

Tali disturbi sono stati osservati più di frequente in pluripare; al tavolo operatorio nel maggior numero (20 casi) si è trovata l'ovarite sclero-cistica. L'operazione ha sempre troncato o attenuato i dolori, e favorito le regole mestruali, il riassorbirsi delle aderenze pelviche, delle Douglassiti, delle parametriti e metriti del collo; non ha mai causato disturbi della minzione, della defecazione, del concepimento. È stata sempre seguita la tecnica di Cotte.

R. GRASSO.

La cura della sclerosi a placche.

D. Paulian (*Paris Médical*, 1932, n. 7) preconizza un nuovo metodo di cura della sclerosi a placche consistente nella combinazione della radioterapia con la vaccinoterapia.

Si pratica la radioterapia profonda sulla colonna vertebrale alla dose di 300 R ed eventualmente anche al capo quando esistono disturbi cerebrali.

Contemporaneamente si praticano iniezioni endovenose di neuro-yatren a piccole dosi progressive (1, 2, 3 cmc.), associato con soluzione di cloruro o gluconato di calcio al 10 %.

L'addizione d'una soluzione di cacodilato di soda (33 %; 0,5-3 cmc.) rende la cura più efficace.

Il neuro-yatren provoca reazione febbrile (38°-39°). L'iniezione si ripete quando la febbre cade, ossia ogni due o tre giorni. Si possono praticare da 18 a 30 iniezioni. La cura si può ripetere a distanza di uno o due mesi.

Alla fine delle sedute di radioterapia è utile praticare l'ionizzazione transmidollare calcica (soluzione di cloruro di calcio all'1 %) e più tardi ionizzazione iodata.

L'A. assicura che adoperando questo trattamento ha sempre ottenuto sensibili benefici anche nei casi avanzati.

DR.

Azione dell'alimentazione con cervello nella degenerazione combinata subacuta del midollo spinale.

Il cervello ha capacità di rigenerare i globuli rossi inferiore di 1/3 a quella del fegato.

C. C. Ungley (*The Lancet*, 30 gennaio 1932) ha provato questa dieta in 9 casi di anemia perniciosa con degenerazione combinata del midollo spinale. La quantità di cervello crudo usata fu di 480 gr. al giorno per alcuni e di 240 gr. di cervello cotto per altri, sempre per la durata di 6-7 mesi; 6 malati migliorarono e 3 no.

I migliorati acquistarono la capacità di conservare da soli la stazione eretta e qualcuno anche di camminare, migliorò la loro atassia, come pure l'astereognosi in due casi in cui c'era. In 3 malati con disturbi sfinterici questi disturbi scomparvero completamente. Fu anche notata modificazione dei riflessi, ricomparsa del senso della vibrazione e della posizione.

Durante la cura in 4 malati il numero dei globuli rossi diminuì tanto che si ricorse a cura col fegato.

Sebbene si sappia che esistono remissioni dei sintomi nervosi che complicano l'anemia perniciosa, l'A. ritiene che la dieta con cervello sia veramente utile sugli anemici con degenerazione del midollo spinale, sulla quale il fegato non ha nessuna efficacia.

R. LUSENA.

MEDICINA SCIENTIFICA

Sul linfotropismo polmonare del bacillo tubercolare.

F. Guercio (*Rivista di Patologia e Clinica della tubercolosi*, fasc. III, 1932) rileva che iniettando in conigli e cavie bacilli tubercolari attenuati di tipo bovino, si può ottenere un'infezione a lento decorso che senza dare reperti macroscopicamente visibili fa rilevare all'indagine istologica una costante e notevole reazione dell'apparato linfatico polmonare.

Nelle cavie essa va da semplici infiltrati o mantelli perivasali a formazioni che hanno carattere morfologico di veri e propri tubercoli linfoidi; nei conigli da una netta e forte iperplasia del tessuto linfoide preesistente fino ad una chiara neoformazione di esso.

Anche nei setti alveolari si possono notare lesioni progressive che vanno da un leggero aumento dei nuclei fino ad un quadro anatomico di polmonite interstiziale acuta: non è possibile dire in quali rapporti stiano i due tipi di lesione e d'altra parte difficile è dire sino a qual punto la reazione linfatica sia dovuta al bacillo tubercolare dato che accumuli linfoidi già normalmente esistono nel polmone degli animali trattati e dato che la ricerca del bacillo nelle sezioni non fu potuta eseguire.

E. ANTONIAZZI.

Studi sulla eliminazione del bacillo di Koch per via biliare in soggetti tubercolotici.

Riferendosi ai lavori dimostranti la possibilità del passaggio del bacillo di Koch nella bile dei tubercolosi, C. Currado (*Riv. Clin. Ped.*, n. 1, 1932) ha intrapreso delle ricerche per controllare tale eventualità, estendendole a 25 soggetti portatori di lesioni tubercolari indubbie.

La ricerca è stata fatta nel liquido duodena-

le, estratto con la sonda di Einhorn, e nelle feci.

Il bacillo risultò presente 3 volte nella bile e 5 nelle feci, ma l'indagine accurata assodò che, in tali casi, l'espettorato, benchè negativo microscopicamente, risultava bacillifero alla cultura.

Il predetto passaggio sarebbe dunque un fatto assai raro, e la sua constatazione non rappresenterebbe certo un sussidio diagnostico utile. M. Faberi.

Ricerche sulla presenza del bacillo della tubercolosi nel sangue circolante secondo Löwenstein.

H. Dettling (dell'Istituto d'Igiene d'Erlangen) riferisce sulle ricerche da lui fatte (*Münch. Med. Woch.*, 1° aprile 1932) allo scopo di porre in evidenza il b. Koch nel sangue circolante di malati diversi.

L'A. passò dapprima una diecina di giorni nei Laboratori di Löwenstein, che lo guidò personalmente alla ricerca; sui 150 campioni di sangue — prelevati qualche settimana prima — *solo uno dette risposta positiva*.

Tornato ad Erlangen, l'A. allestì numerosissimi controlli (115) che furono tenuti in termostato per 6 settimane e anche di più: *tutti i campioni, indistintamente, dettero risultato negativo*. V. Serra.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Artropodi ematofagi e non vettori di malaria. — All'abb. n. 6249-1:

A proposito della mancata trasmissione della malaria per mezzo di molti artropodi che si cibano del nostro sangue e spesso a spese di uomini affetti da febbri malariche, Grassi faceva osservare:

1) che i suddetti animali, dopo che hanno succhiato, non mostrano, in generale, l'apparato succhiatore intriso di sangue;

2) che non ripetono mai il loro pasto senza intervallo, almeno di alcune ore, durante il quale il parassita malarico notoriamente muore;

3) che, ancorchè abbiano sangue con parassiti malarigeni nel loro intestino, non possono, per la speciale conformazione di questo, emetterlo ed inocularlo alle loro vittime.

Si aggiunga che le più piccole quantità di sangue malarico dimostrate finora capaci di infettare un uomo sano, sono sempre più elevate (poco più di 1/10 di cmc. di sangue) della quantità di sangue che potrebbe inoculare un insetto succhiatore.

Fu in seguito dimostrato che la saliva dei *Culex*, e presumibilmente anche quella dei *Pediculus*, delle pulci, etc., uccide i germi della malaria umana; per cui, nel caso di successive punture di questi insetti, ancorchè avvenga un rigurgito di sangue ricco di parassiti malarigeni, esse riusciranno innocue, giacchè i parassiti sono associati a saliva, che li distrugge. A. M.

All'abb. n. 2966-1:

Consultare:

1) Biancani: *Les rayons ultraviolettes*. Ed. Gauthier-Villars, Parigi, Vol. di pag. 218. Frs. 20;

2) Guillaume: *Les radiations lumineuses (infrarouge-infraviolet) en rhynologie et thérapeutique*. E. Masson. Frs. 40.

3) Sardonnan. *Les rayons ultraviolettes*. Doin, éd., Parigi.

4) *Trattato italiano di Terapia Fisica*. Cavalleri, ed., Como. E. M.

Al dott. L. F. di M. 1459-2:

L'apparecchio ad aspirazione continua per la cura degli empiemi, si trova descritto nel libro del prof. E. Morelli: « Le ferite toraco-polmonari », ed. Cappelli, Bologna (forse esaurito) ed in altre varie sue pubblicazioni, ad es., « La fisiopatologia del pneumotorace artificiale », ed. Pozzi, Roma. L. 10. A. P.

All'abb. n. 8721:

Evidentemente conviene la specializzazione in ostretricia-ginecologia. A. P.

VARIA.

Studio della storia mestruale di 2282 studentesse universitarie.

Questo studio è stato fatto da Ruth E. Boynton (*Americ. Journ. of Obstetr. and Gynecology*, aprile 1932). Avevano dismenorrea 465 studentesse (20,38 %), amenorrea 19 (0,38 %), irregolarità del ritmo 236 (10,34 %), mentre erano normali 1562 (68,45 %).

La dismenorrea si è dimostrata più frequente secondo l'età dai 20 anni in su. Meno frequente è stata nelle studentesse dei primi anni. Interessante notare che in un gruppo di allieve infermiere la dismenorrea fu bassissima con una percentuale del 6,98 %.

Non è stato osservato nessun rapporto fra esercizio fisico e dismenorrea nè fra dismenorrea e grandezza della città da cui le studentesse provenivano.

Nessuna importanza nella dismenorrea ha la corporatura.

La capacità vitale delle dismenorroiche è stata più alta che nelle normali. Inoltre la percentuale di casi con dismenorrea è stata maggiore nel gruppo delle pressioni arteriose più basse, nel gruppo del più basso rapporto fra peso e altezza e nel gruppo con più basso tasso emoglobinico.

Non c'è stata percentuale più alta di dismenorrea fra le studentesse classificate fra le donne « nervose ». R. Lusena.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI.

Colonie estive.

Il Ministero dell'Interno (Direzione Gen. della San. Pubbl.) ha diramato ai Prefetti e Autorità assimilate la seguente circolare in data 11 febbraio 1932-X, n. 20.300.20/11.448:

L'organizzazione delle colonie estive, in questi ultimi anni, ha segnato un progressivo perfezionamento, dovuto specialmente al tempestivo inizio del lavoro di preparazione di esse.

È perciò opportuno che, anche per l'anno in corso, la coordinazione delle attività e dei mezzi, per organizzare questa forma di assistenza infantile, sia iniziata fin da ora, e che, tenute presenti alcune manchevolezze ed inconvenienti verificatisi negli anni precedenti, si provveda, conformemente alle disposizioni impartite, per poter ovviare in tempo.

Le direttive di massima, per il corrente anno, sono quelle stesse comunicate con la Ministeriale del 20 dicembre 1930, n. 20300,20 sull'oggetto. È bene però avvertire che, per quanto si riferisce ai mezzi di ricovero (tende, padiglioni, ecc.) nonchè all'arredamento (letti, brande, lenzuola, coperte, ecc.) *non dovrà farsi, in alcun caso, assegnamento sul concorso di questo Ministero.*

Il Ministero ha dovuto sostenere, nei decorsi esercizi finanziari, considerevoli spese per il trasporto, per le missioni del personale incaricato della consegna e sopratutto per la riparazione del materiale, restituito spesso in istato di notevole deperimento; le condizioni attuali del bilancio non lasciano margine per tali spese.

Inoltre, a causa del naturale consumo, delle dispersioni e dei deterioramenti irreparabili, le scorte del materiale profilattico dei magazzini della Sanità Pubblica, sono assai sensibilmente ridotte, ed appena sufficienti a fronteggiare eventuali esigenze di carattere sanitario, cui detto materiale è particolarmente destinato.

Per ultimo si deve rilevare che, ove gli enti che provvedono alle colonie estive non siano ancora in grado di poter disporre di una adeguata attrezzatura e di una efficiente organizzazione tecnica per l'impianto ed il funzionamento, anno per anno, delle istituzioni in oggetto, queste non potranno avere che assetto precario, non suscettibile di graduale sviluppo e perfezionamento e su di esse nessun assegnamento potrà farsi nel campo della assistenza climatica infantile.

Per le suesposte ragioni il Ministero è venuto nella determinazione di non consentire ulteriori concessioni in uso del materiale della Sanità Pubblica, per l'impianto e l'arredamento di tali istituzioni.

Ciò premesso, si ritiene opportuno di porre in particolare rilievo alcuni punti specialmente importanti nella organizzazione dei servizi di cui trattasi.

Il primo riguarda la scelta e l'assegnazione dei fanciulli alle colonie marine, montane, diurne, ecc.

Come è stato già disposto precedentemente, tanto l'una che l'altra devono essere fatte attraverso i dispensari antitubercolari, i servizi medico-scolastici e quelli dell'O. N. B., dando la preferenza ai fanciulli che già, per le loro condizioni di salute, avessero avuto necessità di altre assistenze in dispensari infantili, scuole all'aperto, colonie diurne, ecc., senza raggiungere la guarigione; per i quali quindi l'invio in colonie estive ha carattere di completamento della cura precedentemente effettuata.

Tanto la designazione dei bambini che devono partecipare ai turni di cura, che la loro assegnazione alle colonie marine o montane, ecc., dovrà farsi tempestivamente, prima ancora dell'inizio dei turni. La conoscenza del numero dei fanciulli da assistere e della loro ripartizione fra le varie colonie, è un elemento indispensabile, per la più razionale organizzazione di questa forma assistenziale.

Ai fini della profilassi delle malattie infettive, è di particolare interesse la visita medica da eseguirsi prima della partenza per le colonie.

Detta visita dovrà in ogni comune essere affidata all'ufficiale sanitario coadiuvato dai medici condotti, ed ha per scopo la esclusione dei bambini che, per il loro stato di salute, non fossero ritenuti in condizioni di viaggiare e di quelli che presentano sintomi, anche sospetti, di malattie contagiose o parassitarie (tracoma, tricofizie, scabbia, pediculosi, ecc.).

Sarà altresì tenuto conto di eventuali episodi epidemici esistenti nel comune, con speciale riguardo ai casi di malattie diffusive che si fossero verificati nella famiglia del bambino, nelle ultime sei settimane. In tale visita verrà inoltre accertato che ogni fanciullo sia stato sottoposto ai trattamenti immunitari prescritti compreso l'obbligo di legge circa la vaccinazione antivaiolosa.

Per ottenere l'autorizzazione preventiva al funzionamento delle colonie, gli Enti interessati devono far pervenire tempestivamente alle LL. EE. apposita istanza, con le indicazioni circa la sede della colonia, le dimensioni dei dormitori ed i relativi mezzi di cui questi dispongono per il rinnovamento dell'aria durante la notte, il numero massimo di letti che possono contenere, in rapporto alla cubatura ed ai mezzi di aereazione dei dormitori, tenuto altresì conto degli impianti e dei servizi (lavandini, docce, cessi, cucine, personale di assistenza e di servizio) e il nome del sanitario che assumerà la direzione e la responsabilità del servizio medico.

Le EE. LL., previ gli accertamenti del caso ove occorra, dovranno determinare, nell'autorizzazione che rilascieranno per l'apertura di ciascuna colonia, il numero massimo dei bambini che potranno esservi accolti per ogni turno.

Quanto alle applicazioni elioterapiche ed agli esercizi di ginnastica respiratoria, essi debbono esser fatti eseguire da personale tecnicamente preparato e sotto l'assidua vigilanza e controllo del medico addetto alla colonia.

Premesso quanto sopra si pregano le EE. LL. di riunire al più presto possibile, presso le Prefetture, i componenti l'Ente Opere Assistenziali, insieme con le rappresentanze degli Enti e privati che intendono concorrere all'opera di assistenza giovanile nelle colonie estive.

In tale riunione, come negli anni scorsi, sarà concretato (tenuto conto delle direttive di massi-

ma di cui nella citata circolare 20 dicembre 1930, n. 20300.20), il piano di organizzazione e finanziamento, che dalle EE. LL. verrà comunicato a questo Ministero.

* * *

Il Segretario del P. N. F. on. Starace ha emanato disposizioni riguardanti il funzionamento delle Colonie per i figli degli associati del pubblico impiego. Potranno essere ammessi anche i figli degli iscritti alle associazioni degli addetti alle aziende industriali dello Stato.

* * *

La segreteria dei Fasci all'estero organizza, come gli scorsi anni, colonie proprie; il comm. Pacini ha impartito disposizioni al riguardo.

Lotta antimalarica.

Il Ministero dell'Interno (Direzione Gen. della San. Pubbl.) ha diramato ai Prefetti e Autorità assimilate la seguente circolare in data 14 febbraio 1932-X, n. 20.183.4:

Questo Ministero con precedenti circolari ed in particolare con quella del 29 maggio 1931 ha richiamato l'attenzione delle LL. EE. sulla indilazionabile necessità di una completa e rigorosa organizzazione dei servizi assistenziali e profilattici per la difesa antimalarica dei lavoratori, degli operai e della popolazione residente in comprensori soggetti a lavori di bonifica e di trasformazioni fondiarie.

In queste località il pericolo di avere larga e grave diffusione della malaria è più imminente che in altre parti, a causa dell'afflusso e dell'addensamento di mano d'opera sia stabile che avventizia, e della maggiore imponenza del fenomeno delle migrazioni interne. Le schiere di lavoratori avventizi e nomadi, che durante l'epoca di taluni lavori si spostano frequentemente da località a località, e nei confronti delle quali meno efficace può riuscire l'azione di assistenza sanitaria e di difesa antimalarica, devono essere particolarmente vigilate ed assistite nei luoghi di concentramento, seguendole negli spostamenti e nelle peregrinazioni per i luoghi di lavoro.

Trattasi di una complessa e vasta opera assistenziale da attuare, e le EE. LL. vorranno senza indugio provvedere a che essa abbia ovunque la migliore e più efficiente esecuzione informando questo Ministero sulla organizzazione data ai servizi.

Reputasi necessario insistere che questi servizi, comunque vengano attuati, sia direttamente da parte dei consorzi di bonifica, dei concessionari e degli appaltatori di lavori, sia da parte di Enti e di associazioni, devono svolgersi secondo le direttive date dall'EE. LL. sulle norme date da questo Ministero, e controllate dal Medico Provinciale, il quale redigerà mensilmente apposito rapporto da inviarsi a questo Ministero.

Frattanto si pregano le EE. LL. di curare che la Provincia provveda a rifornirsi di chinino a sensi degli articoli 69 e 71 del R. decreto legislativo 30 dicembre 1923, n. 2889, e di accertasi che il funzionamento degli ambulatori antimalarici sia regolare, e che ovunque si effettui largamente la somministrazione del chinino a favore delle persone che hanno contratta la malaria negli anni decorsi, in modo da conseguire per quanto possibile, in questo scorcio di stagione interepidemica, la cura radicale dell'infezione, con lo scopo di ridurre così al minimo le sorgenti di infezione.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Alessandria d'Egitto. *Ospedale Italiano « Benito Mussolini ».* — Aiuti del Reparto chirurgico e aiuto del Reparto ostetrico-ginec.; scad. 31 lug.; domanda su carta libera; età mass. 35 a. al 30 mag.; classifica nei singoli esami; biennio di assistente o aiuto in Clinica chirurgica o Reparto di chirurgia di Ospedale, rispettivamente in Clinica ost.-gin. o Reparto di Maternità di Ospedale o in Scuole di Levatrici; doc. a 3 mesi dal 30 mag.; vitto, alloggio, partecipaz. proventi con garanzia di un minimo di L. egiz. 200 annue a rate mensili posticipate. Chiedere annunzio.

Aosta. *Amministrazione Provinciale.* — Posto di coadiutore della Sezione Medico-Micrografica dei Laboratori Provinciali di Igiene e Profilassi. Stipendio di L. 13.500, aumentabile di un ventesimo per ogni biennio e per dieci bienni. Supplemento di servizio attivo di L. 3000. Compartecipazione contravvenzioni e percentuale sui proventi per ricerche, analisi, ecc. Il tutto soggetto alla riduzione del 12 %. Il concorso è per titoli e per esami presso Sede universitaria da comunicarsi a suo tempo. Scadenza ore diciotto del 16 luglio 1932-X. Per informazioni rivolgersi Segreteria Generale dell'Amministrazione Provinciale.

Bergamo. *Ospedale Principessa di Piemonte.* — Scad. ore 12 del 20 lug. Aiuto per una delle Sezioni chirurgiche; L. 8500; titoli ed esame.

Brescia. *Ospedali Civili.* — Dodici assistenti medici; età lim. 28 a.; L. 4500 oltre L. 1200, guardie L. 25, oltre vitto.

Caltagirone (*Catania*). — Scad. 20 ag.; 3ª condotta urbana; L. 8000 e 4 quinquenni dec.; età lim. 35 a.

Capannori (*Lucca*). — Scad. 25 ag.; 2° circondario; L. 8000 e 5 quinquenni dec., addizion. L. 20 ogni famiglia pov. eccedente il numero di 120; quota mobile L. 1400 per c.-v.; L. 2500 trasp.; L. 400 ambulat.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

Cengio (*Savona*). — Scad. 15 lug.; L. 8400 e 10 bienni ventes. oltre L. 500 se uff. san.; età lim. 35 a.

Civitacastellana (*Viterbo*). — Prima condotta medico-chirurgica. Stipendio L. 10.560 per i primi mille poveri; oltre i mille Lire quattro per ogni povero; L. 880 quale Ufficiale Sanitario; cinque aumenti decimali per ogni quadriennio; indennità caro viveri di legge. Documenti di rito. Età massima anni 40 salvo eccezioni di legge. Scadenza 31 luglio.

Fontanella (*Bergamo*). — Scad. 31 ag.; con Berbato; pianura, buona viabilità; chied. avviso al Podestà.

Greve (*Firenze*). — Scad. 5 ag.; L. 8500 oltre L. 3000 cavalc.; età lim. 35 a.

Lampedusa e Linosa (*Agrigento*). — Scad. 26 giu.; L. 8800, detratto il 12 %; 4 quadrienni; età lim. 35 a.; servizio entro 20 gg.

Lentini (*Siracusa*). *Congregazione di Carità.* — Il concorso presso l'Ospedale Civile è stato sospeso fino a nuovo avviso.

Manfredonia (*Foggia*). — Proroga 30 giu.; v. fasc. 20.

Morigerati (*Salerno*). — Scad. 31 lug.; L. 7000 oltre L. 2000 cavalc., L. 500 eventuale incarico uff. san.; ritenuta 12 %.

Novara. *Ospedale Maggiore della Carità.* — Scad. 25 lug.; dirigente servizi radioelettrico-fisioterapici; L. 4000 oltre indenn. serv. att. L. 1300, quote partecipaz.; età lim. 45 a.

Oddalengo Grande (*Alessandria*). — Scad. 31 ag.; L. 7000 oltre L. 1700 cavalc., riduz. 12 %; capitolato visibile nella Segreteria com.

Osilo (*Sassari*). — Scad. 31 ag.; L. 10.500 oltre L. 2500 cavalc., c.-v., 4 quadrienni dec.; riduz. 12 %; 4 anni di eserc. profess.; titolo di prefer.: diploma in tisiologia.

Perugia. *Amministraz. Prov.* — Direttore della Sez. med.-micrograf. del Laborat. prov. d'igiene e profilassi. Proroga 30 lug.

Polesine (*Rovigo*). — Scad. 21 lug.; L. 8000, oltre serv. att. e c.-v.; trasp. L. 3000; età lim. 40 a.

Roma. *Ministero delle Comunicazioni (Ferrovie dello Stato)*. — Concorsi per titoli ai seguenti posti di medico di riparto: Aosta (Torino); Chilivani (Cagliari); Francavilla Fontana I (Taranto); Cariati II (Reggio Calabria); Gioiosa Marea (Palermo). Inviare domanda e richiedere informazioni ai rispettivi Ispettorati Sanitari (indicati fra parentesi). Scadenza ore 17 del 30 luglio.

Sassari. *Ente Provinciale per la lotta contro il tracoma.* — Ispettore dei servizi antitracomatosi; scad. ore 12 del 15 lug.; titoli ed esami; età lim. 40 a.; doc. non anter. al 1° mag.; L. 24.000 lorde del 12 % e altre ritenute di legge; rimborso spese viaggio in 1ª classe; indennità chilometrica; divieto esercizio libero; chiedere annunzio.

Scansano (*Grosseto*). — A variazione del concorso al posto di Direttore-Chirurgo Primario del locale Ospedale Civile, la Congregazione di Carità, comunica: 1) La chiusura del concorso è prorogata a tutto il 15 luglio; 2) i liberi docenti possono parteciparvi anche se hanno superato i 40 anni di età; 3) saranno sempre accettati i certificati penale, di cittadinanza e di buona condotta rilasciati in data non anteriore al 1° aprile 1932.

Treviso. *Ospedale Civile « Elena di Savoia ».* — A tutto il 30 agosto 1932 è aperto il concorso al posto di primario radiologo: assegno annuo L. 7500 lorde ridotte del 12 %; cinque aumenti quadriennali del 10 %; eventuali indennità caro-viveri; compartecipazione negli utili del Gabinetto. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria.

Venafro (*Campobasso*). — Scad. 23 giu.; L. 6500 oltre L. 1500 cavalc.

Verona. *Istituti Ospitalieri.* — Scad. 30 lug.; due aiuti di chirurgia, uno di medicina, sei med. chir. assistenti. Rivolgersi alla Segreteria del Pio Ente.

Vicenza. *Ospedale Civile.* — Scad. 16 ag., ore 18; direttore sanitario; L. 20.000, oltre L. 3000 serv. att., 6 trienni ventesimo, L. 4000 alloggio; riduz. 12 %; età lim. 45 a. al 30 giu.; 4 anni in Ospedale; tassa L. 50,10. Triennio di prova. Divieto esercizio libero. Rivolgersi Segreteria.

Villa Minozzo (*Reggio Em.*). — Scad. 15 lug.; L. 7040 oltre L. 2640 indenn. categoria; L. 2640 cavalc., c.-v.; età lim. 35 a.

Villar Pellice (*Torino*). — Scad. 1° ag.; con Bobbio Pellice; L. 9000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 920 trasp.; riduz. 12 %; età lim. 45 a.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

Concorsi a premi.

Società Italiana di Psichiatria.

Sono indetti due concorsi a premio fra gli studiosi inscritti alla Società almeno entro il 1932.

I lavori debbono essere inviati in cinque copie alla presidenza (Clinica Neuropsichiatrica della R. Università di Modena) con domanda in carta semplice, entro il 15 marzo 1933, e debbono essere inediti (dattilografati o in bozze di stampa per pubblicazione, che non deve avere luogo prima della scadenza del concorso).

I premi sono i seguenti:

1) Un premio di L. 2000 al miglior lavoro di Istologia patologica del sistema nervoso, preferibilmente in rapporto alle malattie mentali;

2) Un premio di L. 5000 al miglior lavoro sul tema: Terapia della paralisi progressiva (offerto dallo Stabilimento chimico-farmaceutico Russi e C. di Ancona).

I premi verranno assegnati ai vincitori in occasione del Congresso della Società, progettato per la primavera del 1933 in Siena.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Alla cattedra di storia della medicina dell'Università Johns Hopkins di Baltimora è stato nominato il prof. H. E. Sigerist, direttore dell'Istituto di storia della medicina dell'Università di Lipsia, al posto del prof. W. H. Welch (il celebre batteriologo che, dopo aver lasciato la cattedra di patologia in quella stessa Università, nel 1926 aveva assunto l'insegnamento di storia della medicina, per lui espressamente istituito).

Alla carica di presidente dell'Associazione Medica Americana è stato eletto il dott. D. Lewis, primario chirurgo nell'Ospedale Johns Hopkins e professore di chirurgia nella Scuola Medica dell'Università Johns Hopkins a Baltimora, redattore-capo degli « Archives of Surgery », autore d'importanti contributi scientifici.

Il prof. Giuseppe Vitetti, vice-direttore del Centro assistenziale « Principe di Piemonte » dell'Opera Nazionale Maternità ed Infanzia di Roma, in seguito a concorso è stato nominato direttore del Brefotrofio Provinciale di Roma.

In esito a concorso bandito dall'Ospedale di Loreto in Napoli, sono stati nominati direttori di sala chirurgica i dottori Gennaro Siciliani e Domenico Andria. La Commissione era composta, per la parte tecnica, dei proff. sen. Pascale, De Gaetano, D'Amato e Liguori.

L'Accademia Nazionale di Medicina di Buenos Aires ha chiamato il prof. R. Armando Marotta, titolare di clinica chirurgica nell'Università di Buenos Aires, al seggio rimasto vacante per la morte del prof. Antonio C. Gandolfo. Dopo le parole di benvenuto del presidente, prof. Carlos Bonorino Udaondo, la presentazione del nuovo accademico fu fatta, con un largo discorso, dal prof. Avelino Gutiérrez.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Torino.

Congedo a due primari e medaglia di benemerenza.

Il giorno 31 maggio u. sc. nella sala del Consiglio dell'Ospedale, presenti il Presidente dell'Ospedale, il personale sanitario e la rappresentanza delle Suore venne consegnata la medaglia d'oro di benemerenza ai proff. Fantini e Ferria primari per 21 anni rispettivamente delle sezioni di chirurgia generale e di urologia.

Il Presidente dell'Ospedale nel consegnare la medaglia ha ringraziato i due Sanitari per l'opera preziosa, diuturna, sapiente che essi prestarono a sollievo dei sofferenti, a decoro dell'Istituto. Il prof. Bobbio, come primario anziano, ha recato il saluto di tutto il corpo sanitario rivolgendo loro un particolare pensiero di riconoscenza ed affettuosa colleganza.

I primari uscenti dopo aver ringraziato l'Amministrazione per l'offerta, hanno voluto dire pure la loro gratitudine per la benevolenza mai smentita dell'amministrazione dell'Ospedale, per la sapiente e preziosa collaborazione degli assistenti e suore e per l'affettuosa dimostrazione a Loro data dai Colleghi.

Il Presidente infine dà il benvenuto ed il saluto augurale ai nuovi nominati proff. Bertocchi e Chiaudano chiamati, in seguito a concorso per esami, a succedere ai due benemeriti Sanitari. Egli si augura che i nuovi eletti abbiano a conquistare le stesse benemerenze e le stesse simpatie che hanno circondato sempre i loro predecessori.

Il prof. Bobbio si unisce alle parole del Presidente portando il saluto e l'augurio di tutto il corpo sanitario ai nuovi colleghi in primariato.

G. V.

Da Bari.

Chiusura del corso ufficiale di clinica medica.

Con una simpatica cerimonia si è chiuso il Corso ufficiale di Clinica medica tenuto dal direttore prof. Luigi Ferrannini che ha riepilogato tutta l'attività esplicata dalla Clinica sia nell'ambito della Clinica stessa che fuori specialmente con l'assistenza ai malati poveri ed agli operai disoccupati. Ha anche esposto in rapida sintesi l'attività scientifica svolta durante l'anno dai suoi allievi facendo rilevare l'importanza dei lavori originali alcuni dei quali di notevole importanza. Ha terminato augurandosi di rivedere ogni anno intorno a sè raccolti nella Clinica gli antichi allievi, nel giorno della chiusura del Corso.

Al prof. Ferrannini che è stato applauditissimo da parte dei convenuti hanno risposto i laureandi Jovanovich, Zaratino e Ruggeri per ringraziare il loro Maestro per l'opera da lui svolta a favore degli studenti. La signorina Buonvino anch'essa laureanda ha offerto al direttore della Clinica un ricco fascio di rose.

L.

NOTIZIE DIVERSE.

Convegno nazionale sulla fangoterapia.

Si è svolto ad Aqui l'annunziato 1° Convegno medico nazionale organizzato dal centro di studi sulla fangoterapia. Vi parteciparono più di 600 medici, tra cui numerosi professori universitari. All'inaugurazione, che ebbe luogo il 4 giugno, intervennero il prefetto di Alessandria S. E. Rebua ed altre autorità; parlarono il podestà di Aqui marchese Spinola ed i proff. Valenti, Donati e Gualino, presidente.

Furono fatte numerose ed interessanti comunicazioni.

Convegno medico toscano.

Il 6 luglio ad ore 16,30 in una sala dei RR. Spedali Riuniti di Pistoia avrà luogo il secondo Convegno medico toscano promosso dall'Accademia Medica Pistoiese « Filippo Pacini ». Il prof. Piero Palagi, dell'Ateneo Fiorentino, parlerà sul tema « Il trattamento ortopedico della paralisi infantile », illustrandolo con numerose proiezioni.

Le Cliniche, gli Ospedali, le Accademie Mediche della Toscana sono invitate ad intervenire e con esse tutti i medici liberi esercenti e ognuno è pregato di portare all'argomento il contributo della propria personale esperienza.

Coloro che desiderano fare comunicazioni sull'argomento in questione sono pregati d'inviarne il titolo al Presidente dell'Accademia Medica Pistoiese, prof. Collatino Cantieri, non più tardi del 3 luglio.

Convegno della mutualità libera.

Il presidente dell'Ente nazionale fascista della cooperazione, on. Carlo Peverelli, presi accordi col presidente della Federazione nazionale fascista della mutualità, ha fissato per il 26 giugno p. v. a Milano il convegno della mutualità libera, al quale parteciperanno i rappresentanti delle Società mutualistiche di molte regioni: Lombardia, Piemonte, Liguria, Veneto, Emilia, Toscana, Marche e i dirigenti delle Unioni regionali del Lazio e della Campania.

Corso internazionale di perfezionamento.

Il 4° Corso internazionale di perfezionamento della Fondazione Tomarkin (Locarno) per medici avrà luogo quest'anno dal 12 settembre al 2 ottobre a Milano. Il Corso è organizzato in collaborazione della R. Università di Milano.

Durante il corso saranno trattati i temi seguenti: affezioni del cuore, cancro, vaccinazione antidifterica, neurologia (neurosifilide, sclerosi a placche, poliomielite), ormoni.

Tra altri hanno assicurato la loro collaborazione: E. Abderhalden (Halle), H. Alexander (Agra), M. Ascoli (Palermo), L. Asher (Berna), E. Bertarelli (Pavia), R. Bing (Basilea), Fr. Blumenthal (Berlino), L. van Bogaert (Anversa), Th. Brugsch (Halle), A. Dustin (Bruxelles), G. Fichera (Pavia), C. Foà (Milano), B. Gosio (Roma), C. Heymans (Gand), A. von Korányi (Budapest), E. Laqueur (Amsterdam), Ch. Laubry (Parigi), R. Leriche (Strasburgo), C. Levaditi (Parigi), E. Löwenstein (Vienna), T. Madsen (Copenhaghen), E. Morelli (Roma), L. M. Pautrier (Strasburgo), N. Pende (Genova), F. Pentimalli (Perugia), Cl. Regaud (Parigi), P. Rondoni (Milano), G. Roussy (Parigi), H. Sachs

(Heidelberg), D. Sarason (Berlino), F. Sauerbruch (Berlino), A. Schittenhelm (Kiel), W. Weichardt (Wiesbaden), C. Wilmanns (Heidelberg), L. Zoja (Milano), J. Lépine (Lione).

Per informazioni particolareggiate rivolgersi alla segreteria della Fondazione Tomarkin, casella postale 128, Locarno, Svizzera.

Un corso di conferenze cliniche sul cancro a Siena.

È stato recentemente inaugurato a Siena, promosso da quella Sezione della Lega contro il cancro, un corso di conferenze ai medici, al quale han dato la loro adesione tutti i Clinici di quella Università.

Dopo l'inaugurazione ufficiale del corso, tenuta dal rettore prof. Lunghetti e dal prof. Tiberti con una conferenza di quest'ultimo « Su alcune questioni controverse intorno alla eziologia dei tumori », si sono iniziate nel Policlinico le conferenze pratiche che hanno adunato da tutta la provincia e dai centri vicini moltissimi medici i quali seguono col più vivo interesse il corso.

Corso d'igiene scolastica a Genova.

Si è chiuso il corso teorico-pratico d'igiene scolastica tenuto a Genova presso la R. Università e l'Ufficio municipale d'igiene. I medici che hanno superato gli esami e conseguito il diploma sono stati in numero di 21.

Giornata della Croce Rossa.

Il 12 giugno si è celebrata, con intenso fervore, in tutta Italia, la giornata della Croce Rossa, che il Governo Nazionale ha istituito da quattro anni, allo scopo precipuo di esaltare la grande Associazione, di farne conoscere ed apprezzare sempre meglio la complessa e varia attività benefica, di far concorrere sempre più largamente — per mezzo di adesioni e oblazioni — allo svolgimento del suo vasto programma.

Consiglio nazionale delle ricerche.

Il direttorio del Consiglio nazionale delle ricerche ha tenuto la sua riunione periodica.

Il direttorio ha constatato col più vivo compiacimento come le relazioni presentate sia alla Camera dei deputati sia al Senato per l'approvazione della legge che modifica l'ordinamento del Consiglio, si esprimano in termini veramente lusinghieri per l'opera da esso svolta ed ha preso numerose deliberazioni per l'applicazione della legge stessa la quale gli affida nuovi importanti compiti.

Il direttorio ha poi trattato dettagliatamente del programma di base per i nuovi laboratori scientifici del consiglio per la fisica, per la chimica e per la biologia, che sorgeranno, come fu deciso da S. E. il Capo del Governo, nella zona della città universitaria in Roma.

Il direttorio ha infine preso conoscenza di alcuni rapporti sui risultati ottenuti nelle ricerche svolte in base al programma 1931, che saranno compresi nella relazione che verrà letta in occasione della sua riunione plenaria.

Sull'O. N. Maternità e Infanzia.

Alla Casa del Fascio di Milano, per iniziativa dell'Associazione nazionale donne professioniste ed artiste, l'avv. Sileno Fabbri, R. Commissario dell'O. N. per la protezione della maternità e dell'infanzia, tenne un discorso sul tema: « L'Opera nazionale Maternità ed Infanzia e la missione morale e sociale della donna ».

Erano presenti S. E. il Prefetto gr. uff. Bruno Fornaciari e altre autorità.

L'avv. Sileno Fabbri espose la condizione attuale dell'O. N. Maternità e Infanzia e quali invece dovrebbero essere, per compiere appieno la sua missione nelle nuove esigenze della vita nazionale. L'alta carica gli impose dei doveri di rinnovamento e di riorganizzazione, ispirati alla realtà delle cose e allo spirito di concezione totalitaria che deve animare le multiformi assistenze a vantaggio delle madri e della prima infanzia. Prendendo consiglio da sanitari e da giuristi eminenti, studiando ciò che di meglio in questo campo si fa all'estero, ha stabilito un completo inquadramento d'opere basate sul principio di un'assistenza sociale saldamente organizzata, a carattere nazionale, a mansioni fisse e nettamente distribuite, affidate soprattutto all'opera delle donne, le quali, educate dall'opportuno insegnanamento di servizio sociale, sappiano adempiere le varie e necessarie funzioni che il vastissimo campo della assistenza materna e infantile richiede. La creazione di delegazioni provinciali, le cattedre ambulanti di puericoltura, i nidi, i refettori per la gestante, l'assistenza privata preventiva e curativa, tutto è riorganizzato per una prestazione di continuità, affidata a persone che diano assoluta garanzia di cultura, di tecnica, di addestramento pratico.

Non si intende con questo di far senza del volontariato, chè anzi sarà tanto più ben accetto, quanto più l'assistenza organizzata estenderà le sue mansioni, ma si tratta di ciò: che lo Stato ha bisogno assolutamente d'essere sicuro in questa assistenza e per la stabilità del personale e per il suo inquadramento in mansioni fisse e ben specificate.

Lo sviluppo della lotta contro la tubercolosi in Italia.

L'« Agenzia di Roma » informa che al 18 marzo gli ospedali sanatoriali appaltati erano 39, con un complesso di 14.071 letti, gli ospedali già sistemati erano 2, con 218 letti, e quelli di prossimo appalto 4, con 782 letti. A questo imponente complesso d'opere dovevano essere aggiunti 12 padiglioni provvisori, già costruiti o in costruzione, con 2510 letti.

Parallelamente a questa attività, si sviluppa, conseguenza dell'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi, l'opera di assistenza. Dal primo gennaio 1929 a tutto il 1931 sono state ricoverate nelle case di cura 56.523 persone; curate a domicilio 12.935 persone, per 2.250.326 giornate; curate negli ambulatori 28.986 persone, con giornate 5.928.886. Complessivamente sono state dunque curate ed assistite 98.444 persone, con un totale di 16.857.638 giornate di cura.

E la lotta ha dato e continuerà a dare risultati sempre più tangibili; nel 1925 si sono contati in Italia 59.829 morti per tubercolosi; nel 1928, 51.379; nel 1929, 50.161. Anche la mortalità infantile infine è diminuita: dal 1925 al 1929 i casi di morte per tubercolosi sono diminuiti, per quel che riguarda l'infanzia, dal 37,9 al 29,7 per mille.

Contemporaneamente alla poderosa opera di costruzioni sanatoriali, prosegue l'azione di propaganda.

Sono pure in corso a Roma i lavori dell'Ospedale Sanatorio « Benito Mussolini » e dell'Istituto « Benito Mussolini » (Clinica della tubercolosi e delle malattie dell'apparato respiratorio). Questa Clinica sarà la scuola dalla quale usciranno le schiere degli specialisti di domani ed il centro scientifico destinato a sempre più perfezionare i mezzi di lotta contro il male. Accanto a questa sorgerà il Sanatorio di oltre 1200 letti, mentre una scuola di infermiere permetterà la preparazione di personale veramente specializzato per l'assistenza ai malati.

Convalescenziario per solfatai siciliani.

Presso Caltagirone, in provincia di Catania, è stato avviato il funzionamento di un Convalescenziario per i minatori delle solfare, costruito dalla Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali, che all'uopo ha speso più di 8 milioni di lire. L'istituto consta di un edifizio a due piani, con due sezioni, riunite da verande; può ricoverare 200 persone; è fornito di tutti i presidî igienici e sanitari. È diretto dalla prof.ssa Emilia Sorrentino.

Alla Casa del Sole di Palermo.

I Principi di Piemonte hanno inaugurato un nuovo padiglione della Casa del Sole. Questa istituzione, eretta in Ente morale nel 1919 e diretta dal prof. Salvatore Maggiore, offre ai bambini circa 400 posti, con oltre 60.000 giornate di degenza l'anno.

Il nuovo padiglione, in muratura, all'ingresso dell'ampio recinto, è destinato come ambulatorio esterno, con annesso un ampio refettorio per le madri. Misura 1700 mc. ed è stato costruito mercè uno stanziamento di 170.000 lire della Direzione generale della sanità pubblica.

Un secondo padiglione, intitolato ai Principi di Piemonte, misura 1000 mc.; ne fanno parte verande capaci di 36 letti e ampie sale per la degenza nei giorni in cui non è possibile la permanenza nelle verande, oltre ai locali accessori per i vari servizi.

Nuovo ospedale in Calabria.

Il 1° giugno è stato inaugurato a Taurianova, importante cittadina della provincia di Reggio Calabria, il nuovo Ospedale « Principessa di Piemonte », alla presenza degli Augusti Principi.

L'Ospedale, allestito secondo gli ultimi dettami della tecnica nosocomiale e con ricco e moderno arredamento, sarà capace, a completamento finito, di 75 letti; ed ha completi impianti di radioterapia e diagnostica, terapia fisica e gabinetti.

Le loro AA. RR., guidate nella visita dal direttore prof. Lucio Di Bernardo, hanno espresso il loro vivo compiacimento per la moderna e perfetta opera assistenziale.

Un gigantesco preventorio a Leningrado.

È stato inaugurato a Leningrado un grandioso Istituto che ha lo scopo di prestare un'assistenza prevalentemente profilattica. Risulta di dispensarî e ambulatori per bambini, per venerei e per tubercolotici, di servizi clinico-diagnostici per le varie specialità, di un grande laboratorio generale, d'istillazioni moderne per la fisioterapia, di un servizio d'assistenza per la maternità, di una cucina dietetica, ecc. L'immenso Istituto occupa un'area di 51.000 mq.; la costruzione è costata 2 milioni di rubli, ma essa ha un valore molto superiore, essendosi utilizzati materiali forniti dalle fabbriche sovietiche. Per ora l'attività è orientata verso la profilassi della mortalità infantile; ma presto essa si estenderà ai lavoratori, sovratutto a quelli delle industrie insalubri. Si prevede che esso sarà in grado di assistere 150.000 persone l'anno.

Un altro istituto consimile verrà costruito in altra zona di Leningrado.

Leprosario nelle Canarie.

È stato inaugurato a Las Palmes (isole Canarie) un nuovo leprosario, che attualmente ricovera 52 infermi. Risulta di 4 padiglioni indipendenti e sorge lontano dall'abitato, tra una magnifica vegetazione. Vi sono applicate tutte le odierne conoscenze sul trattamento della lebbra.

Museo del bambino ad Amburgo.

È stato fondato dalla « Allgemeine Ortskrankenkasse » nel proprio palazzo e venne inaugurato il 1° aprile.

Comprende, tra l'altro, 150 preparazioni « trasparenti », sul tipo di quelle ideate dall'anatomico Spaltenholtz di Lipsia; esse dimostrano lo sviluppo del feto dal 3° giorno della vita embrionale all'epoca del parto e l'anatomia normale e patologica del bambino.

Il Museo è destinato ad avere efficacia educativa pari a quella dimostrativa.

Esposizione di libri antichi di medicina.

In ragione dell'interesse destato dall'Esposizione di libri antichi di medicina, organizzata nell'Università di Liegi (sala Wittert), il Comitato ha deciso di prolungare a tutto il mese di giugno questa riuscita manifestazione di storia della medicina.

Per due pubblicazioni d'igiene.

Il concorso a premi indetto dall'Istituto nazionale delle assicurazioni nell'ottobre u. s. per due pubblicazioni di igiene che illustrino le norme d'igiene atte al prolungamento della vita umana nelle migliori condizioni di salute, si è chiuso il 15 maggio u. s.

I lavori pervenuti sono stati in numero di 69. La commissione giudicatrice è costituita dal prof. E. Marchiafava, da S. E. il prof. Dante De Blasi, accademico d'Italia, direttore dell'Istituto d'igiene della R. Università di Napoli, presidente dell'Associazione italiana d'igiene, dal prof. Silvestro Baglioni, direttore dell'Istituto di fisiologia della R. Università di Roma e presidente della R. Accademia medica di Roma, dal prof. A. Ilvento, vice-direttore generale della sanità pubblica del Regno, dal prof. I. Romanelli, capo-servizio sanitario dell'Istituto nazionale delle assicurazioni.

La prima riunione della commissione ha avuto luogo nella sede della direzione generale dell'Istituto nazionale delle assicurazioni.

La commissione è stata insediata dal gr. uff. dott. Ignazio Giordani, direttore generale dell'Istituto nazionale delle assicurazioni. Su proposta di S. E. De Blasi è stato eletto presidente della commissione il sen. E. Marchiafava.

Pensione privilegiata ad un radiologo.

La Corte di Cassazione, rigettando una istanza della Procura Generale, ha confermato una pen-

sione privilegiata di superinvalidità a favore del dott. Francesco Monteverdi, il quale durante la guerra prestò servizio intensivo di radiologia nell'Ospedale di La Spezia. Nel 1918 gli sopravvenne una sindrome neurastenica; nel 1919 venne accertata una « neuro-psicastenia » e poco dopo egli dovette essere ricoverato nell'Ospedale psichiatrico di Volterra per « demenza precoce ».

La Corte ha considerato che i raggi X sono in grado di determinare profonde alterazioni organiche, così da consigliare ai radiologi tutto un sistema protettivo ed un orario limitato, alternato a periodici soggiorni nell'aria libera, precauzioni che, nel centuplicato servizio attinente alla guerra, il Monteverdi non potè osservare: ignorandosi le cause della demenza precoce, non si può escludere che il sopralavoro specifico abbia avuto delle conseguenze sul sistema nervoso.

Processo giudiziario contro due medici per oltraggio a una salma.

Si è svolto innanzi al Tribunale di Budapest, intentato dalla vedova del capitano Sar, morto in ospedale dopo un'operazione allo stomaco; il giorno successivo il cadavere era stato sezionato. La vedova chiese un secondo esame necroscopico, che determinò l'esumazione della salma; ma, con molta sorpresa, i medici settori trovarono, nell'interno del corpo, due fegati, due stomachi, tre reni, nonchè un paio di guanti di gomma.

Gli accusati si giustificarono dichiarando di aver agito secondo le regole dell'ospedale: accade a volte che gli organi vengano inviati all'istituto chimico, per un esame tossicologico; intanto i cadaveri devono essere sepolti immediatamente. Quando gli organi esaminati ritornano all'Ospedale, i medici li introducono in altri cadaveri; si tratta di un procedimento più riguardoso di quello che consisterebbe nel disfarsi degli organi suddetti in altro modo. Il giudice ha stimato la giustificazione bastevole ed ha assolto i due imputati.

Azione giudiziaria contro un chirurgo per operazione simulata.

È stata intentata, in Inghilterra, dai genitori di una bambina, che era stata operata di appendicectomia; alcuni mesi dopo i sintomi si ripresentarono ed un secondo chirurgo rimosse un'appendice lunga più di 8 cm. Il primo operatore era accusato di aver simulato l'intervento. I due periti, sir Charles Gordon-Watson e V. Warren Low, attestarono che l'organo rimosso non era integro, ma si trattava di un lungo moncone: al primo intervento l'appendice era avvolta da aderenze e da masse reattive compatte, di modo che si potè asportarne solo una parte e applicare un drenaggio: l'operatore — il quale conta al suo attivo circa 3000 appendicectomie — aveva dunque agito con tecnica perfetta. Un medico ed un'infermiera che assistettero all'intervento, dichiararono di aver visto l'appendice asportata. L'accusa venne ritirata e il processo, che si annunziava clamoroso, non ebbe seguito.

Rivelazione di malattia letale, fatta ai pazienti.

Un empirico tedesco, basandosi su fenomeni « pendolari » e sull'esame dell'iride, aveva rivelato, ad una cliente, di avere scoperto un cancro ed una infezione generale. La paziente rimase straordinariamente abbattuta da tale rivelazione; qualche tempo dopo fu colta da alienazione mentale e dovette essere ricoverata in un manicomio, dove è morta in capo a tre mesi. La famiglia ha intentato causa contro l'empirico. Il Tribunale in prima istanza lo ha riconosciuto colpevole di errore professionale grave; ha ammesso una relazione da causa ad effetto tra la di lui mancanza di riserbo e lo choc mentale consecutivo della paziente e lo ha condannato a 100 marchi di danni e interessi. Il Tribunale imperiale, in istanza d'appello, ha cassato questa sentenza, negando la relazione da causa ad effetto. Non conoscendo gli elementi di fatto del caso concreto, non possiamo esprimere un parere; astrattamente è però concepibile un rapporto di causalità tra imprudente rivelazione al paziente e danno alla salute.

Anniversario di laurea.

I laureati a Napoli nel 1902, che volessero partecipare al raduno a Napoli del 19 settembre 1932-X, per festeggiare il 30° anno di laurea, sono pregati di mandare la loro adesione al prof. Michele Landolfi, via Egiziaca a Pizzofalcone n. 11, Napoli (105).

Ribellione di lebbrosi nel Giappone.

Si è prodotta nel più grande lebbrosario del Giappone, quello di Kumamoto, capace di ospitare cinquecento infermi — uomini e donne — e nel quale ha prestato la sua opera eroica la signorina americana Elena Riddel, che vi ha trascorso quasi tutta la vita.

Per ragioni politiche il Governo aveva licenziato il direttore dell'istituzione, amatissimo da tutta la comunità. Per protestare efficacemente, gl'infermi, il 12 marzo, si ammutinarono e riuscirono ad infrangere la reclusione; si diressero compatti verso la città. Ne venne un conflitto con la polizia, durato due ore; alla fine la prefettura promise di adoperarsi a far ritornare il direttore: così la ribellione venne sedata.

Comunicato.

Il dott. Giuseppe Zanoni — Milano, via Comelico, 17 — prega i Colleghi che fanno ricette opoterapiche di mandargli le ricette più esperimentate, corredate dalle relative indicazioni cliniche. Lo scopo è di riunire il materiale per fare un « piccolo formulario di opoterapia pratica ». Le ricette verranno pubblicate sotto i nomi degli Autori.

Il prof. GIOVANNI ALLEVI, nato ad Offida (Marche) nel 1870 e stabilitosi a Milano, ha dedicato studi e pubblicazioni alla medicina del lavoro, materia da lui insegnata anche nei corsi di perfezionamento presso la R. Università di Milano. Ha messo costantemente la sua professione a profitto dei lavoratori e degli umili.

Pubblicò numerosi articoli di divulgazione medica in vari periodici.

Da giovane militò nel partito socialista; ma se ne staccò al tempo della guerra e fu uno dei primi medici volontari; ebbe anche l'incarico della propaganda fra le truppe della 2ª Armata.

Sereno, altruista, di carattere mite, era generalmente benvoluto.

P. I.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Journ. A. M. A., 20 feb. — R. H. HALSEY. Eziologia delle cardiopatie. — J. W. F. BRAASH. Trattamento conservativo del rene mobile.

Arch. Internat. Med., feb. — A. J. BEAMS. Azione dei nitriti sul lobo gastro-intest. — M. WETHERBY e B. J. CLAWSON. Artrite cronica. — W. GOLDRING e H. CHASIS. I tiocianati nell'ipertensione.

Klin. Woch., 12 mar. — H. KNAUER. La meningite asettica quale malattia encefalitica. — I. RÖTH e B. STANTER. Anafilassi degli organi.

Acta Med. Scand., IV. — T. G. HALFSTRÖM. Glicosuria renale — Y. USTVEDT. Il metodo subentrante in sieroterapia. — A. KRISTENSON. Elasticità del coagulo sang.

Mediz. Klinik, 11 mar. — LEVADITI. Linfogranuloma inguinale. — F. REICHE. Il significato di malattia.

Amer. Journ. Med. Res., mar. — H. VINCENT. Siero anticolibacillare. — R. A. COOKE. Asma infettivo; natura allergica. — B. A. GOULEY. Patologia della polmonite reumat.

Surg., Gyn. a. Obst., mar. — C. JOHNSTON e C. E. BROWN. Studi sulla funzione della vescica. — L. TIXIER e C. CLIVEL. Sindrome retroperitoneale. — G. SPURLING e al. Morbo di Raynaud.

Ann. Osped. Psichiatr. Perugia, ott.-dic. — V. U. GIANCALLI. Rapporti fra accessi epilettici e mestruazioni. — L. MORI. Sulfopiretoterapia nelle malattie metaluetiche e mentali.

Bull. d. Sc. Med., sett.-dic. — G. BROTZU. Determinaz. dello stato di putrefazione iniziale nelle carni fresche e congelate.

Gac. Méd. Españ., mar. — Numero sul Congresso internaz. di chirurgia. — G. VILLANUEVA. Trattamento medico dell'ozena.

Ann. di Ost. e Gin., 31 gen. — G. MOTTA. Secrezione interna e cosidetto colloide del corpo luteo. — G. M. CORDA. Colesterina nella parte materna e fetale della placenta.

Rev. Méd. Suisse Rom., 10 mar. — Numero sulla poliomielite.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.